

Instituto Politécnico de Beja

Escola Superior de Educação de Beja

Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Projecto de Intervenção

**Necessidades Formativas dos Cuidadores Formais dos Doentes de
Alzheimer Institucionalizados**

Telma Filipa Bengalinha Gonçalves

Beja

2013

**Instituto Politécnico de Beja Escola
Superior de Educação de Beja Mestrado
em Psicogerontologia Comunitária**

Projecto de Intervenção

**Necessidades Formativas dos Cuidadores Formais dos Doentes de
Alzheimer Institucionalizados**

**Relatório de Dissertação de Mestrado apresentado na Escola Superior de Educação
do Instituto Politécnico de Beja**

Elaborado por:

Dr.ª Telma Filipa Bengalinha Gonçalves

Orientado por:

Prof. Doutora Mª Cristina Faria

Beja

2013

Dedicatória

Todo o meu percurso Académico foi acompanhado por duas pessoas muito especiais na minha vida, os meus pais. Sem eles nunca conseguiria ter chegado até aqui. Sempre me ensinaram que com esforço e dedicação tudo era possível e que não era nem mais nem menos do que todos os outros, fazendo com que acreditasse sempre nas minhas capacidades.

Todas as dedicatórias do mundo não chegariam para agradecer o quanto fizeram e se esforçaram para me manter na faculdade, acreditando que um dia eu iria ter um futuro bem mais risonho do que o deles.

Ao ter chegado até aqui, sei que lhes dei um imenso orgulho, mas por me terem ajudado a chegar até aqui ficarei com uma dívida eterna para com eles.

Queria dedicar este trabalho, em especial à minha Avó, Clotilde Bengalinha, a grande responsável pela escolha deste tema. Ela é portadora da Doença de Alzheimer, era uma mulher cheia de vida que me passou vários ensinamentos. Sei como foi difícil para toda a minha família enfrentar esta doença e como tal quero garantir que outras famílias não passem pelo mesmo.

Ao Sr. Barão, à M^a Luísa e à “Grande Mulher” Clotilde Bengalinha, muito obrigada.

Agradecimentos

Quero começar por agradecer à minha orientadora de estágio, a Prof. Doutora M^a Cristina Faria pela sua constante disponibilidade, pelas suas indicações e conselhos que me ajudaram ao longo desta etapa.

À Professora Rita Isabel Bengalinha Gonçalves, minha irmã, pelo constante incentivo e apoio que ao longo destes meses me deu e pela ajuda na revisão desta dissertação.

Ao meu cunhado, João Tulha, que me deu vários ensinamentos que me permitiram ser a pessoa que sou hoje.

À Psicóloga Ana Quirino, pelos conselhos e orientações que me ajudaram em muito nesta fase da minha vida.

Ao director da Mansão de São José-Quinta da Navarra, bem como todos os Especialistas (Enfermeiro, Psicólogo, Directora Técnica, Técnica de Serviço Social e Técnica de Animação Sociocultural) e aos Cuidadores Formais (Técnicas de Lar), pelas facilidades concedidas na Instituição, sem as quais não teria sido possível realizar este trabalho.

Ao meu namorado, Bruno Tavares, pelo apoio incondicional e pela paciência, que nos dias de maior pressão estive sempre do meu lado incentivando e garantindo o meu sucesso.

A todos os meus amigos, Marisa de Campos, Marta Charneco, Laetitia Gonçalves, Margarida Pêgas, José Paulo e Ricardo Isabel que directa ou indirectamente contribuíram para esta conquista, sem eles do meu lado nada seria possível.

Resumo

A doença de Alzheimer continua a ser ainda uma doença desconhecida ou estranha da maioria das pessoas. O presente trabalho pretende conhecer melhor o contexto e os problemas relativos à Doença e ao Doente de Alzheimer. Em particular, procuraremos compreender o Cuidador Formal deste tipo de doentes que geralmente não tem o conhecimento suficiente sobre esta patologia, necessitando de mais formação a este nível. Neste estudo, pretende-se conhecer quais as maiores necessidades formativas existentes neste grupo de profissionais. Os participantes são 13 indivíduos, sendo que 8 são cuidadores formais e 5 profissionais que exercem a sua função na Mansão de São José – Quinta da Navarra um Lar só de mulheres com um ambiente tranquilizador. Os instrumentos utilizados foram Entrevistas Abertas e uma Escala de Sobrecarga de Zarit, previamente adaptada. Os dados recolhidos mostraram que na sua maioria, tanto cuidadores formais como especialistas, teriam muito pouco conhecimento sobre a Doença de Alzheimer, provando assim que têm uma enorme necessidade formativa. Em relação à Escala de Zarit ninguém apresentou qualquer tipo de Sobrecarga. Foi proposto um Projeto de Intervenção, designado de “Aprender para Agir e Cumprir” - Formar os Cuidadores Formais para com a Doença de Alzheimer, que visa o combate às necessidades formativas existentes na instituição.

Palavras.Chave: Cuidadores Formais; Envelhecimento; Doença de Alzheimer; Desgaste; Formação de Cuidadores

Abstract

Alzheimer's disease is still unknown and strange for most of the people. The objective of this essay is to show the context and the problems related to the Disease and Alzheimer's patients. Particularly, we will try to understand the Formal Caregiver of this type of patients who in general doesn't have sufficient knowledge about this pathology, needing more training on this level. This study will try to clarify which are the main training needs of this professional group. The participants are 13 individuals; 8 caregivers and 5 professionals who develop their activities at Mansão de São José – Quinta da Navarra, a nursing home for women with a tranquilizing environment. The measuring instruments used were Opened Interviews and the Zarit Overload Scale, previously adjusted. The collected data showed that in most cases, caregivers as well as specialists, have a few knowledge about Alzheimer's Disease, therefore proving their huge training necessity. Regarding the Zarit Scale no one presented any type of overload. It was proposed an Intervention Project called "Learn to Act and Apply" – Training Formal Caregivers for Alzheimer's Disease, which aims to suppress the training needs of this institution.

Keywords: Formal Caregivers; Aging; Alzheimer's Disease; Detrition; Caregiver's Training.

Índice

Capa

Contracapa

Resumo..... I

Abstract..... II

Dedicatória..... III

Agradecimentos..... IV

Índice Geral..... V

Índice de Quadros..... VI

Índice de Anexos..... VI

Introdução..... 1

Parte I – Enquadramento Teórico..... 4

1. O Envelhecimento..... 4

2. A Doença de Alzheimer: do diagnóstico à compreensão da doença..... 6

3. A Dimensão do Problema em Portugal..... 11

4. Os Vários Tipos de Cuidadores..... 13

4.1. A Problemática dos Prestadores de Cuidados..... 14

4.2. Capacitação das Famílias e dos Cuidadores Formais..... 15

Parte II – Estudo Empírico..... 17

5. Metodologia..... 17

5.1. Participantes..... 17

5.2. Caracterização da Instituição..... 17

5.3. Instrumentos..... 19

5.4. Procedimento..... 20

5.5. Tratamento de Dados..... 21

6. Apresentação e Análise dos Resultados..... 21

6.1. Entrevistas aos Especialistas..... 21

6.1.1. Entrevista A – Enfermeiro..... 21

6.1.2. Entrevista B – Directora Técnica..... 22

6.1.3. Entrevista C – Assistente Social..... 23

6.1.4. Entrevista D – Animadora Sociocultural..... 24

6.1.5. Entrevista E – Psicóloga..... 26

6.2.	Entrevista aos Cuidadores Formais.....	28
6.2.1.	Entrevista 1.....	28
6.2.2.	Entrevista 2.....	29
6.2.3.	Entrevista 3.....	30
6.2.4.	Entrevista 4.....	30
6.2.5.	Entrevista 5.....	31
6.2.6.	Entrevista 6.....	31
6.2.7.	Entrevista 7.....	32
6.2.8.	Entrevista 8.....	32
6.3.	Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007).....	33
7.	Discussão dos Resultados.....	34
Parte III – Proposta de Projecto de Intervenção.....		37
8.	Fundamentação do Projecto.....	37
9.	Designação do Projecto.....	37
10.	Objectivos.....	37
11.	Profissionais envolvidos na dinamização e liderança do projecto.....	38
12.	Público Alvo	38
13.	Plano de Acção.....	38
14.	Cronograma.....	40
15.	Execução.....	40
16.	Avaliação do Projeto.....	40
Conclusão		42
Bibliografia.....		43
Webgrafia.....		44
Anexos		

Índice de Quadros:

Quadro 1 – Escala de Sobrecarga.....	33
Quadro 2 – Plano de Acção.....	39
Quadro 3 – Cronograma.....	40

Índice de Anexos

Anexo I – Entrevistas aos Especialistas
Anexo II – Entrevistas aos Cuidadores Formais
Anexo III – Escala de Sobrecarga

Introdução

No âmbito do Mestrado de Psicogerontologia Comunitária, do Instituto Politécnico de Beja da Escola Superior de Educação, encontra-se prevista a realização de uma dissertação. O Projecto de Intervenção terá como tema as necessidades formativas dos cuidadores formais dos Doentes de Alzheimer institucionalizados

A doença de Alzheimer é uma doença do cérebro (morte das células cerebrais e consequente atrofia do cérebro), progressiva, irreversível e com causas e tratamento ainda desconhecidos. Começa por atingir a memória e, progressivamente, as outras funções mentais, acabando por determinar a completa ausência de autonomia dos doentes. Os doentes de Alzheimer tornam-se incapazes de realizar a mais pequena tarefa, deixam de reconhecer os rostos familiares, ficam incontinentes e acabam, quase sempre, acamados. É uma doença muito relacionada com a idade, afectando as pessoas com mais de 50 anos. A estimativa de vida para os pacientes situa-se entre os 2 e os 15 anos.

A causa da doença de Alzheimer ainda não está determinada. No entanto, é aceite pela comunidade científica que se trata de uma doença geneticamente determinada, embora não seja necessariamente hereditária. Isto é, não implica que se transmita entre familiares, nomeadamente de pais para filhos.

Não há nenhum exame que permita diagnosticar, de modo inquestionável, a doença. A única forma de o fazer é examinando o tecido cerebral obtido por uma biopsia ou necrópsia. Assim, o diagnóstico da doença de Alzheimer faz-se pela exclusão de outras causas de demência, pela análise do historial do paciente, por análises ao sangue, tomografia ou ressonância, entre outros exames. Existem também alguns marcadores, identificados a partir de exame ao sangue, cujos resultados podem indicar probabilidades de o paciente vir a ter a doença de Alzheimer.

No processo de Envelhecimento é normal que surjam alguns tipos de esquecimento ou até mesmo alguma perda de memória, estes sintomas normalmente são considerados pelos familiares como normal, consoante o avançar da idade. Por este motivo, o agravamento da doença pode levar a que o doente se torne agressivo e que deixe de reconhecer aqueles que lhe são mais próximos.

Aquando da manifestação da doença, este torna-se cada vez mais dependente daqueles que o rodeiam, revelando algumas dificuldades de locomoção e de comunicação, fazendo com que no avançar da doença este precise de orientação para actividades do quotidiano como alimentação e higiene.

A Doença de Alzheimer ainda não tem cura, sendo que mesmo assim o doente tem o direito a receber o melhor tratamento possível para o seu bem-estar. É necessário ter em atenção aspectos comportamentais diversos que terão de ser acompanhados por profissionais de saúde bem como os desequilíbrios mentais, característicos desta doença, que podem ser atenuados por medicamentos específicos. Todo este processo não previne, não ajuda a retardar, pois como foi referido anteriormente ainda não existe cura possível, mesmo que se tenham feito vários progressos ao longo dos anos.

Cuidar do portador da doença de Alzheimer é um processo educativo de conhecimento da doença. Para conviver e lidar com o portador desta doença e para acompanhar a evolução da mesma deve envolver-se toda a família, bem como os cuidadores, com muito amor, carinho e paciência. Há poucas situações que angustiam mais do que assistir à gradual desintegração mental de um familiar, companheiro ou amigo, quando este começa a sua caminhada na doença de Alzheimer. Esta e outras demências podem destruir o sentido do passado e do presente do portador da doença, mas também “destruir” de certa forma a vida dos cuidadores e familiares que convivem com a degradação do ser portador, ao longo dos anos. A sobrecarga para quem cuida é grande quer a nível físico, mental e emocional.

Torna-se importante estar junto dos profissionais e dos membros da família, para que compartilhem conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da evolução da doença. *(in:Beila Bengard B Carvalho Directora Vice-Presidente da AbaPAz)*

A confusão mental, que é a principal característica da demência, não afecta só a pessoa a quem foi diagnosticada o Alzheimer. Toda a família e cuidadores ficam confusos e sem saber como agir perante o comportamento da pessoa. Desta forma tentamos capacitar todos os envolvidos neste processo para a melhor compreensão da Doença de Alzheimer. *(in:Beila Bengard B Carvalho Directora Vice-Presidente da AbaPAz)*

Neste estudo temos como principal objectivo conhecer a Intuição Mansão de São José – Quinta da Navarra, dando resposta á questão de partida, *“Quais as necessidades formativas, que os Cuidadores Formais, dos Doentes de Alzheimer institucionalizados, sentem no seu dia-a-dia?”*.

O primeiro ponto diz respeito ao enquadramento teórico baseado no Envelhecimento, na Doença de Alzheimer e em todos os conceitos inseridos neste tema. Este enquadramento foi realizado com base em pesquisas de livros e documentos de autores conceituados na matéria.

De seguida foi abordado o Estudo Empírico que é composto pela Metodologia de Intervenção que esteve na base de todo o processo de pesquisa exploratória e explica a utilização dessa metodologia ao longo das diferentes fases do processo.

Ainda dentro do Estudo Empírico, apresenta-se a Análise de Resultados bem como a discussão dos mesmos, a partir de dados recolhidos anteriormente através de Entrevistas.

Num último ponto, faz-se referência ao Projecto de Intervenção, que tentará dar resposta a algumas necessidades detectadas. Neste ponto será apresentada a fundamentação do projecto, o plano de acção, a execução e a avaliação, com o objectivo de verificar os resultados obtidos através da intervenção realizada.

Por último e como conclusão, serão apresentadas as considerações finais.

Parte I

Enquadramento Teórico

1. O Envelhecimento

A Gerontologia é o campo de estudos que investiga as experiências de velhice e envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspectos do envelhecimento normal e patológico. Investiga o potencial de desenvolvimento humano associado ao curso de vida e ao processo de envelhecimento. *(Neri, 2008)*

O envelhecimento é um processo que decorre durante toda a vida do indivíduo, indicando-se com o nascimento e terminando com a morte. Este processo provoca no organismo alterações biológicas, psicológicas e sociais, que vão afectando a aparência, as capacidades e a forma como o ser humano se relaciona e a forma como é visto pelos outros. Quanto ao conceito de velhice, este não é considerado um processo igual ao do envelhecimento, mas sim, caracteriza-se pela condição presente do idoso.

Com o passar dos anos o desgaste físico torna-se cada vez maior, característica esta do processo de Envelhecimento, ficando mais susceptível a doenças.

O Envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homiostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar. Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional.

Ou seja, um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de stress físico, emocional, etc, pode apresentar dificuldades em manter a sua homiostase e, desta forma, manifestar sobrecarga funcional, a qual pode colminar em processos patológicos, uma vez que há comprometimento dos sistemas endocrino, nervoso e imunológico *(Firmino, 2006)*.

Todo este processo fisiológico está ligado ao estilo de vida adoptado pelo ser humano. O nosso corpo envelhece num todo, enquanto os nossos órgãos e tecidos têm uma deterioração diferenciada.

O Envelhecimento Psicológico, não é naturalmente progressivo nem ocorre como efeito da passagem do tempo. Este depende sobretudo do esforço pessoal contínuo na busca do autoconhecimento e do sentido da vida.

Segundo *Edgar Nunes e Moraes, Flávia Lanna de Moraes e Simone Pessoa Lima (in: Características Biológicas e Psicológicas do Envelhecimento)*, o ser humano pode envelhecer como um sábio ancião ou permanecer nos estágios infantis do psiquismo. *Autonomia e independência* são, portanto, resultantes do equilíbrio entre o envelhecimento psíquico e biológico.

O envelhecimento social é o processo de mudança de papéis e comportamentos que é típico dos anos mais tardios da vida adulta e diz respeito à adequação dos papéis e dos comportamentos dos adultos mais velhos ao que é normalmente esperado para as pessoas nessa faixa etária. A idade tem maior influência sobre a expectativa de desempenho quando os conteúdos da ocupação estão em rápida mudança, mas é menos importante quando os conteúdos permanecem estáveis por mais tempo. (Neri, Anita L Palavras-chave em gerontologia. Campinas, SP: Editora Alínea, 2005, Pág. 112-114)

O envelhecimento é parte natural do ciclo de vida. Torna-se então desejável que este processo constitua uma oportunidade para viver de forma saudável, autónoma e independente. É necessário que, desde cedo, se tome uma atitude preventiva da saúde.

Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade. Pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e até para a economia do país. Porém, nem sempre é possível viver o envelhecimento em plena saúde.

A maioria das pessoas chega a idosa com doenças crónicas e não transmissíveis. As patologias incapacitantes mais frequentes nas pessoas idosas são as fracturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações de memória, demência (nomeadamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson), problemas auditivos, visuais, de comunicação e da fala. Mas isso não significa, necessariamente, que se tornem incapazes de lidar com a sua evolução ou que não possam prevenir o aparecimento de complicações.

2. A doença de Alzheimer: *do diagnóstico à compreensão da doença*

A doença de Alzheimer é uma doença que provoca deficiência cognitiva, afectando principalmente a memória necessária para reter novas informações. À medida que a doença evolui, várias outras funções cognitivas, como orientação, linguagem, julgamento, função social e habilidade de realizar tarefas motoras também entram em declínio. Essa doença está fortemente associada à idade, sendo bastante incomum antes dos 50 anos, mas pode afectar metade das pessoas na faixa etária dos noventa anos. Ainda não foi encontrada uma cura, mas existem várias formas de tratamento que podem amenizar os sintomas da doença de Alzheimer.

Desde a descoberta da doença por Alois Alzheimer¹, surgiram muitas dúvidas e confusões sobre a relação dessa doença com o envelhecimento normal, uma vez que as alterações microscópicas observadas no cérebro de pacientes com doença de Alzheimer também se encontram em cérebros de pessoas idosas sadias. A diferença está na quantidade e distribuição dessas alterações.

Desde a época das primeiras descrições dos casos de doença de Alzheimer, sabe-se que as primeiras alterações microscópicas associadas à doença são os depósitos chamados amilóides, juntamente com anormalidades denominadas emaranhados neurofibrilares, que se desenvolvem dentro das células cerebrais.

¹ Em 1906, ao fazer uma autópsia, o médico alemão *Alois Alzheimer* (1864-1915)

Determinar a natureza desses achados anormais trouxe opiniões importantes sobre as possíveis causas da doença de Alzheimer.

A proteína beta amiloide, que é a proteína específica de amiloide na doença de Alzheimer, deriva de uma proteína maior, denominada proteína precursora do amiloide (PPA), normalmente produzida por uma série de tipos diferentes de células orgânicas por vias metabólicas ainda não totalmente entendidas. Muitos pesquisadores (mas com certeza não todos) concluíram que o depósito de proteína amiloide no cérebro seja o evento-chave que leva ao desenvolvimento da doença de Alzheimer.

Uma observação importante que sustenta a idéia de que o metabolismo da PPA é a chave para o desenvolvimento da Doença de Alzheimer é a ocorrência dessa doença na maioria de indivíduos com Síndrome de Down sobreviventes além da idade de 50 anos.

Uma série de factores parece aumentar a probabilidade de um indivíduo desenvolver a doença de Alzheimer. A maioria desses fatores parece estar fora de controle do indivíduo.

Os pacientes com Doença de Alzheimer têm dificuldade com o pensamento (cognição), com os padrões de comportamento e com a rotina diária. Cognição inclui memória, orientação, linguagem, julgamento e resolução de problemas. Os padrões de comportamento abrangem a personalidade, o humor, o nível de actividade e as percepções do ambiente. A rotina diária refere-se à capacidade de trabalhar, cuidar das necessidades pessoais e da casa e participar da comunidade. À medida que a doença evolui, o indivíduo afectado depara-se com mais e mais desafios nessas áreas.

Ainda não existe tratamento preventivo ou curativo para a doença de Alzheimer. No entanto existe uma série de medicamentos que ajudam a aliviar alguns sintomas. Infelizmente, estes medicamentos são apenas eficazes num número limitado de doentes, apenas por um breve período de tempo e podem causar efeitos secundários indesejáveis.

A memória é o primeiro domínio cognitivo a ser afectado pela doença de Alzheimer. A perda da memória representa um declínio na capacidade normal de retenção do indivíduo e difere da queixa de falta de memória que muitos indivíduos normais relatam. Essa perda de memória também difere daquela falha ocasional da memória que pode ocorrer com o envelhecimento normal.

Na doença de Alzheimer, esse problema é constante, ocorre simultâneo a pelo menos uma outra área da cognição e associa-se com o declínio na rotina diária.

No estágio leve da Doença de Alzheimer, a perda da memória geralmente restringe-se a eventos recentes, enquanto que a lembrança de eventos passados é preservada. Por exemplo, o paciente pode esquecer detalhes de encontros sociais recentes e conversas, mas pode ter uma excelente recordação de eventos ocorridos há 20 anos. Esse problema de memória leva o paciente de Alzheimer a repetir diversas vezes a mesma pergunta. Tais problemas de memória ocorrem em função de uma alteração na capacidade do cérebro para aprender novas informações, como o número de um telefone, um nome ou o local de um compromisso.

No estágio moderado da doença, a evocação de eventos recentes é ainda mais limitada. Nesse ponto, o indivíduo quase certamente não consegue lembrar de conversas ou actividades recentes.

Em geral, apenas o material de alto registro é retido, como por exemplo a data e o local de nascimento. O paciente de Alzheimer pode não se lembrar sempre do nome ou da identidade de familiares e amigos de longa data.

No estágio grave da doença, o paciente de Alzheimer apresenta também uma grande dificuldade com a memória a longo prazo. O indivíduo tem maior probabilidade de esquecer o nome de pessoas que conhece já há muitos anos.

Estima-se, hoje em dia, que uma em cada 10 pessoas maiores de 80 anos será portadora da Doença de Alzheimer a cada ano que passa. A mesma probabilidade vale para 1 a cada 100 pessoas maiores de 70 e 1 a cada 1000 pessoas maiores de 60 anos. Esta é a avaliação de 1999, feita pela *Federação Espanhola de Associações de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAF)*. Assim sendo, a Doença de Alzheimer acomete de 8 a 15% da população com mais de 65 anos (*Ritchie & Kildea, 1995*).

É muito importante a flexibilidade dinâmica no tratamento da Doença de Alzheimer, pois, assim como é possível a existência de períodos de estabilidade clínica, momentos de acalmia, também é possível a presença concomitante de sintomas psiquiátricos, entre eles a depressão, a insónia, delírios, ilusões, alucinações, mudanças de conduta do sono.

Além dos sintomas psiquiátricos concomitantes, há também a presença de sintomas vegetativos, como por exemplo a perda de peso e anomalias neurológicas em fases mais avançadas. Esses sintomas podem apresentar-se como mioclonias, parkinsonismo, hipertonia, alteração da marcha e crises convulsivas. Os critérios de diagnósticos devem considerar ainda os diversos graus de gravidade e de avanço da doença.

À medida que a pessoa envelhece, ela passa a apresentar dificuldades em lembrar-se de palavras, principalmente de nomes. Entretanto, em seguida ela pode lembrar-se da palavra correcta e esse problema não interfere na sua rotina diária, tão pouco é significativamente progressivo.

Num encontro informal, o paciente no estágio leve da doença parece apresentar esse tipo de dificuldade leve de encontrar a palavra certa. Entretanto, testes neurológicos e psicológicos frequentemente indicam dificuldades significativas para dar nome aos objectos, principalmente palavras complexas ou que não sejam usadas rotineiramente.

No estágio moderado da doença, a dificuldade em encontrar a palavra certa é mais perceptível. A fala da pessoa é menos espontânea e complexa. Como a quantidade de fala é menor, a pessoa pode parecer retraída. A substituição de palavras começa a tornar-se comum: por exemplo, a expressão "a coisa que marca o tempo" pode ser usada para "relógio". Às vezes, a pessoa pode ter dificuldades de entendimento. Como as frases usadas com frequência podem não ser afectadas, o paciente de Alzheimer pode usá-las muito nas suas conversas.

No estágio grave da doença, o indivíduo sente dificuldade em terminar uma frase. A fala, em geral, é difícil de entender e não está necessariamente associada a eventos do momento. O paciente nesse estágio pode comunicar melhor de modo não verbal. Pode, ainda, apresentar um padrão de fala caracterizado por ecolalia (repetição daquilo que escutou) ou por palilalia (repetição múltipla de sons ou palavras).

Segundo, Patricia Gomes de Azevedo, Mirela Espessoto Landim, Gisele Priscila Fávero, Ana Lúcia de Magalhães Leal Chiappett, *"a doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se por uma perda gradativa de memória e de outras funções cognitivas, resultando em déficits nas atividades de vida diária, sociais e ocupacionais do indivíduo. As terapias disponíveis para a D.A. não diminuem o curso da doença, porém os tratamentos podem intervir atrasando a manifestação clínica da mesma. A DA representa 50-70% das doenças demenciais. Sua prevalência é 3-5% nas pessoas com mais de 65 anos e sua incidência é de 1-2% ao ano na sua população gera. Para se diagnosticar a doença de Alzheimer é necessário que, além do comprometimento da memória, ocorra pelo menos mais um défi cit da função cognitiva, como linguagem, atenção seletiva e dividida, e funções executivas, e essas informa-ções só podem ser obtidas por meio de avaliações diretas com o paciente ou com entrevistas realizadas com o cuidador."*

Este tipo de Doença, caracterizado por uma acentuada demência, ainda não está bem aceite pela nossa sociedade. O facto de ainda não existir um diagnóstico preciso bem como uma cura para esta doença, faz com que exista um desleixo de compreensão por parte de todas as partes integrantes que acompanham o processo do Doente de Alzhiemer.

O mais importante para os portadores desta doença é a compreensão da doença bem como quais as atitudes mais correctas a tomar perante as suas atitudes inconscientes/conscientes. Torna-se urgente formar os cidadãos para com esta doença, para o bem-estar de todos os portadores da Doença de Alzheimer e os seus Familiares.

3. A dimensão do problema em Portugal

O marcado envelhecimento da população portuguesa nos últimos anos aumentou a prevalência de demências entre as quais a Doença de Alzheimer. Trata-se da patologia neurodegenerativa mais comum na população idosa, sendo de particular importância a divulgação de informação que possa contribuir para uma melhor qualidade de vida destes doentes.

Ninguém está preparado para receber a notícia de que um familiar sofre de doença de Alzheimer. A pensar nos familiares que têm de reaprender a viver e de ganhar formas estratégicas para lidar com esta patologia que se pode tornar incapacitante, a Associação Alzheimer Portugal organiza *workshops* com regularidade.

Os mais recentes dados epidemiológicos apontam para a existência de 153 000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90 000 têm doença de Alzheimer, forma de demência mais prevalente. Ou seja, cerca de 1% do total da população nacional sofre desta patologia.

Na Europa, são mais de 7,3 milhões de pessoas com demência, prevendo-se que estes números deverão duplicar nas próximas 3 décadas. O que significa que em 2040 teremos 14 milhões de europeus com demência, isto é, o correspondente a cerca de 150% do total da população portuguesa actual.

Estes preocupantes resultados estão demonstrados nas conclusões do Estudo levado a cabo no âmbito do Projecto Eurocode (European Collaboration on Dementia), promovido e financiado pela Comissão Europeia e coordenado pela Alzheimer Europe, cujo objectivo foi determinar a prevalência da demência na Europa, com base nos resultados da investigação existente.

Segundo a Dra. Emma Reynish, Coordenadora deste trabalho e consultora geriátrica do Victoria Hospital (Kirkcaldy, Reino Unido), enquanto que as taxas de prevalência para os homens e mulheres até aos 85 anos confirmam amplamente os resultados de trabalhos anteriores, as taxas de prevalência específicas em função da idade são superiores às previamente documentadas para os grupos etários mais avançados femininos, ascendendo a mais de 50% nas mulheres com mais de 95 anos.

As principais conclusões deste estudo confirmam que a idade continua a ser o mais importante factor de risco para demência. Estes resultados são importantes por dois motivos. Em primeiro lugar, vêm confirmar aquilo que já sabíamos sobre a prevalência da demência na Europa para as pessoas até aos 85 anos de idade. Ao mesmo tempo, mostra que a prevalência do número total de pessoas com demência na Europa na faixa etária mais avançada se encontrava subregistada. Só na União Europeia, estimamos agora o número total de pessoas com demência em 7,3 milhões, em vez dos 6,5 milhões até aqui estimados. *(Alzheimer Portugal; Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, Trabalho Preparatório para a Conferência “Doença de Alzheimer: Que Políticas”, Outubro de 2009)*

Em Portugal, não existe nenhum plano ou estratégia para as pessoas com doença de Alzheimer ou outra forma de demência, nem para as pessoas em situação de incapacidade.

Na legislação portuguesa, a doença de Alzheimer surge apenas nos diplomas que prevêem o regime de comparticipação dos medicamentos específicos para esta patologia, e, muito recentemente, na Lei nº 90/09 de 31.08 que “define o regime especial de protecção social na invalidez no âmbito do regime geral de segurança social do sistema previdencial, do regime não contributivo do subsistema de solidariedade e do regime de protecção social convergente”, prevendo-se aí protecção especial na eventualidade de invalidez para algumas doenças, nas quais se encontra a Doença de Alzheimer. *(Alzheimer Portugal; Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, Trabalho Preparatório para a Conferência “Doença de Alzheimer: Que Políticas”, Outubro de 2009)*

4. Cuidadores:

O cuidador é aquele “membro, ou não, da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso no exercício das suas actividades diárias tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas...” (Gordilho et al., 2000, citado por Colomé et al., 2011 p. 307).

Quando nos referimos aos tipos de cuidadores podemos caracterizá-los como, formais ou informais.

Os Cuidadores informais que fazem o acompanhamento são compostos por familiares ou outras pessoas próximas, que se responsabilizam pela assistência da pessoa idosa no seu dia-a-dia, na promoção da sua qualidade de vida, garantindo que as suas necessidades diárias são satisfeitas. Cuidadores informais são pessoas que desempenham esta função numa base informal, sem preparação profissional prévia ou qualquer vínculo contratual e sem qualquer tipo de remuneração. Estes cuidadores representam uma mais-valia, numa sociedade que ainda não é capaz de dar uma resposta satisfatória às necessidades do idoso, mais precisamente, no foco deste trabalho, ao doente de Alzheimer.

Para além deste facto, podem representar uma fonte significativa de gratificação para as pessoas que assumem o papel de cuidadores informais.

Também para o idoso, se este tiver a possibilidade de permanecer no domicílio e próximo da sua família, esta abordagem representa a oportunidade deste se manter num ambiente familiar, de grande afectividade, onde tem oportunidade de acompanhar os seus familiares e as suas vidas de forma mais próxima, desempenhando um papel significativo nas mesmas.

Os cuidadores formais são compostos por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, psicólogos, técnicos superiores de lar, entre outros. Estes designam-se por cuidadores formais, pois pressupõe-se que tenham uma preparação específica para a actividade profissional que desempenham, sendo esta actividade variada de acordo com a função que desempenham na sua área de intervenção.

4.1. Capacitação da Família e dos Cuidadores Formais

A abordagem a projectos de trabalho que se baseia na delegação de poderes de decisão, autonomia e participação dos funcionários na administração das instituições, designa-se por Empowerment. Este analisa o desenvolvimento ou grau de maturidade do empowerment na organização, avaliando o estágio evolutivo em que se encontram as áreas de gestão, as configurações organizacionais, as estratégias competitivas, a gestão de recursos humanos e a qualidade. O empowerment parte da ideia de dar às pessoas o poder, a liberdade e a informação que lhes permitem tomar decisões e participar activamente na organização. A utilização de equipas autodirigidas e a adopção de sistemas orgânicos de administração e culturas participativas e abertas nas organizações significam que estas estão a tentar difundir e partilhar o poder com todos os seus membros, abrindo mão do controle centralizado e isto parece ser a solução viável que promove rapidez, flexibilidade e capacidade de decisão da organização.

Cuidar de um doente de Alzheimer é uma tarefa difícil que requer tempo e energia e que muitas vezes recai sobre o familiar mais próximo. É assim uma responsabilidade que pode ter um enorme desgaste emocional e físico, especialmente se adicionado à angústia de ver alguém muito querido a perder as suas capacidades.

Enquanto que por um lado pode ser uma experiência muito recompensadora, por outro pode ser muito stressante e exigente. Novos desafios surgem à medida que o cuidador vai lidando com as alterações nas capacidades do doente e com novos padrões de comportamentos. Por exemplo, actividades básicas do dia-a-dia, como vestir, tomar banho e comer, tornam-se difíceis de gerir tanto para o doente como para o seu cuidador. Organizar e planear o dia-a-dia pode ajudar os cuidadores a lidarem com a situação.

É normal que o cuidador se sinta culpado por não poder fazer mais pelo doente, mas deve ter sempre em mente que os cuidados que presta ao doente fazem a diferença e que acima de tudo está a dar o seu melhor. Quando já não conseguir mesmo lidar com a situação é provavelmente altura de ponderar a hipótese de recorrer a serviços de apoio ao domicílio, a centros de dia ou até mesmo à institucionalização do doente, tanto para o bem-estar do cuidador como do doente.

Quanto mais souber sobre a doença, como esta afecta o doente e estratégias para cuidar destes, mais preparado vai estar para compreender o doente e para enfrentar o seu dia-a-dia. Assim também vai conseguir ser mais realista quanto à doença de forma a ajustar as suas expectativas relativamente à evolução do doente.

Se partilhar as informações acerca da doença bem como os seus sentimentos com familiares e amigos, contribuirá para uma maior compreensão por partes destes o que lhes permitirá prestar o apoio que tanto precisa.

4.2. A Problemática dos prestadores de cuidados:

Os cuidadores podem então sentir uma diversidade enorme de emoções em resposta à doença, que são normais, mas podem conduzir a elevados níveis de stress. Estes têm assim um risco acrescido para desenvolver depressões e outras doenças, principalmente se não receberem apoio adequado por parte da família, amigos e até da própria comunidade.

Por este facto, muitas vezes os cuidadores são referidos como sendo doentes secundários da doença de Alzheimer.

Conhecer e reconhecer os sinais de stress no cuidador tanto por parte deste como de familiares e amigos é o primeiro passo para começar a tomar medidas, uma vez que um cuidador que está a atravessar por estes sintomas não consegue prestar os cuidados adequados ao doente. Ou seja, se o cuidador estiver a sentir alguns dos seguintes sintomas de stress deve procurar o bem estar tanto para seu próprio benefício como para o do doente ao seu cuidado.

Tomar algumas atitudes e levar a cabo algumas acções podem aliviar um pouco o cuidador de forma a prevenir estas situações frequentes de stress. Cuidar de si próprio é um dos aspectos mais importantes para conseguir desempenhar eficientemente o seu papel.

É normal que o cuidador se sinta culpado por não poder fazer mais pelo doente, mas deve ter sempre em mente que os cuidados que presta ao doente fazem a diferença e que acima de tudo está a dar o seu melhor. Quando já não conseguir mesmo lidar com a situação é provavelmente altura de ponderar a hipótese de recorrer a serviços de apoio ao domicílio, a centros de dia ou até mesmo à institucionalização do doente, tanto para o bem-estar do cuidador como do doente.

Parte II – Estudo Empírico

5. Metodologia:

Nas ciências sociais, a metodologia estuda a realidade social para encontrar a veracidade das respostas a alcançar, através da observação e da experimentação comum a todas as ciências.

A presente investigação enquadra-se no âmbito de um estudo exploratório, descritivo de carácter quantitativo e qualitativo e transversal.

5.1. Participantes:

Os participantes deste trabalho são os Cuidadores Formais (Técnicas Superiores de Lar) e os Especialistas (Directora Técnica, Técnica de Serviço Social, Técnica de Animação, Psicóloga e Enfermeiro). Todos estes trabalhadores internos da Instituição.

Num total foram abordados 13 pessoas com idades compreendidas entre os 28 e os 57 anos, das quais 1 é do género masculino e 12 do género feminino.

5.2. Caracterização da Instituição:

Segundo os estatutos da instituição, a Mansão de São José - Quinta da Navarra nasceu da instituição “mãe” – Mansão de São José (localizada no centro da cidade), no início com a denominação de “Albergue de São José”. Depois da consulta dos estatutos (consulta interna da instituição) e do regulamento interno, importa então transcrever a história desta mansão. A Mansão de São José (casa mãe) foi deixada em testamento pela Dona Camila Infante Maldonado Pessanha Champalimaud, uma senhora da alta sociedade de Beja, que pretendia que a sua residência fosse transformada de forma a acolher pessoas idosas. O referido testamento teria então alguns requisitos, sendo um deles a exigência de que abrigaria exclusivamente pessoas do sexo feminino e carenciadas pertencentes ao concelho de Beja e Ferreira do Alentejo. Outro requisito seria que a administração do dito albergue teria de ser entregue a um sacerdote, nomeado pelo Reverendíssimo Prelado da Diocese.

A referida senhora deixou também escrito em testamento que a sua casa deveria ser transformada e adaptada para os fins expostos atrás e a obra teria de estar concluída num espaço de um ano.

O albergue foi inaugurado a 10 de Agosto de 1923 (quase no termino do prazo estabelecido), com seis utentes e a presença de figuras importantes da sociedade Bejense, em que muitas delas teriam contribuído com donativos para a conclusão da obra.

No início a direcção foi entregue ao sacerdote nomeado para tal, sendo que mais tarde houve alterações nos estatutos, levando à mudança da direcção.

Embora na sua origem a instituição subsistisse dos seus próprios rendimentos, sem que as utentes tivessem despesas, com o acréscimo da procura por este tipo de instituição, as necessidades foram aumentando, realizando-se então um acordo com a Segurança Social – Centro Distrital de Beja passando assim a ser subsidiada.

Com o decorrer dos anos aumentou consideravelmente a necessidade de acolher mais utentes e a instituição foi sendo transformada de acordo com as necessidades.

Foi também a partir desta necessidade crescente e no sentido de dar mais respostas que foi criada a Mansão de São José – Quinta da Navarra, um anexo à casa mãe. Este novo lar é, no entanto, uma instituição privada, capacitada para subsistir sem apoios da Segurança Social, cujos objectivos estão centrados em proporcionar às utentes uma habitação digna, confortável, assegurando a manutenção das suas necessidades básicas e estimulando a sua participação activa no meio onde estão envolvidas.

Este lar foi inaugurado a 7 de Maio de 2007 com a presença de nove utentes. No entanto, no mês de Setembro do mesmo ano já se encontravam na instituição 40 utentes.

Segundo o descrito no regulamento interno a Mansão de São José – Quinta da Navarra tem como objectivos primordiais proporcionar ao utente uma habitação condigna, que lhe garante uma vida confortável e respeite a sua independência, assegurar a satisfação das suas necessidades básicas, contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento, animar as relações entre utentes e utentes/família e fomentar a participação activa do idoso na vida institucional do lar. Estes objectivos vão de encontro ao que são os objectivos específicos de uma instituição de acolhimento a pessoas idosas, ou seja, Lar de Terceira Idade. Um lar de idosos é um estabelecimento que desenvolve actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

São objectivos específicos dos lares de idosos:

- a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- b) Contribuir para estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- c) Criar condições que permitam reservar e incentivar a relação interfamiliar;
- d) Potenciar a integração social.

5.3. Instrumentos:

Neste estudo, recorreu-se à construção e aplicação de entrevistas estruturadas com questões abertas para dar ao entrevistado espaço para colocar as suas opiniões e conhecimentos. Foram construídos dois Guiões de entrevista previamente aplicados aos intervenientes. As entrevistas foram feitas aos Especialistas e Cuidadores Formais da Mansão de São José – Quinta da Navarra. Foi ainda aplicada uma Escala de Sobrecarga do Cuidador, (Sequeira,2007), aos Cuidadores Formais.

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, que foi adaptada aos Cuidadores Formais da Instituição, esta escala permite avaliar qual o grau de sobrecarga sentido pelo Cuidador. Foram aplicados três pré-testes desta Escala de Zarit com o objectivo de perceber se este era perceptível a todos.

Estes dois instrumentos de recolha e dados, permitiram o ponto de partida para a intervenção, pois permite-nos fazer um levantamento pormenorizado das maiores necessidades sentidas pelo cuidador bem como toda a pressão, sobrecarga ou frustração que possa sentir, no seu dia-a-dia, na função que desempenha.

5.4. Procedimentos:

Para perceber quais as necessidades do corpo docente desta instituição foram elaborados dois guiões de entrevista. Um dos guiões destina-se às entrevistas que iriam ser aplicadas aos Especialistas e outro guião destina-se aos Cuidadores Formais, estes que são o principal foco do estudo.

Anexado às entrevistas dos Cuidadores Formais, foi também aplicado uma Escala de Sobrecarga de Zarit (Sequeira,2007), previamente adaptada aos Cuidadores Formais. Anteriormente a esta escala ser aplicada, foi feito um pré-teste a fim de perceber se a sua linguagem estava adaptada e compreensível a todos.

Foram então aplicadas todas as entrevistas bem como a escala de sobrecarga com o maior sucesso.

5.5. Tratamento de Dados:

O tratamento de dados será apresentado através de Análise de Conteúdo. Esta análise parte de uma perspectiva quantitativa, analisando numericamente a frequência de ocorrência de um determinado caso. Após a comunicação com os participantes em estudo, é frequentemente usada como contraponto à análise de discurso, eminentemente qualitativa. A análise de conteúdo permite-nos tratar informações e testemunhos que apresentam algum grau de profundidade e complexidade.

6. Apresentação e Análise dos Resultados

6.1. Entrevistas aos Especialistas

6.1.1. Entrevista A - Enfermeiro

Tem 57 anos, é Licenciado em Enfermagem com uma Pós-Graduação em Gerontologia, trabalha na Instituição há 6 anos e trabalha com doentes de Alzheimer desde os 18 anos.

Quando questionado em relação ao conhecimento sobre a Doença de Alzheimer, o Enfermeiro afirmou ter algum conhecimento sobre a doença, mas não muito aprofundada, o conhecimento que tem adquiriu através de consulta bibliográfica e na prática do dia-a-dia. Desde os 18 anos que trabalha nas urgências do Hospital de Beja, mas só acerca de 15/20 anos despertou para esta problemática, tomando outra visão pela mesma. Os principais objectivos do Enfermeiro Francisco, baseiam-se em ter mais conhecimento sobre a doença para poder actuar individualmente e passar o conhecimento aos funcionários, através de acções de formação.

Em relação à Formação dos Especialistas que trabalham com Doentes de Alzheimer, este possui uma Pós-Graduação em Gerontologia, mas não tem nenhuma formação específica na área do Alzheimer, afirmando que não há formação nessa área. Ao ser abordado sobre as necessidades formativas, este não as sente, pois garante que não estagnou, mantendo-se em constante estudo e informado.

Na sua opinião, para melhorar a qualidade formativa dos especialistas face à doença, é necessário haver um maior investimento em termos de descoberta em novos fármacos e mais formação.

As maiores dificuldades do Especialista são entrar no mundo do outro, pois afirma que são pessoas alienadas. Sente um desgaste a nível físico pois os doentes são muito dependentes e exigem muito dos especialistas.

No Ambiente Institucional, identifica como principais problemas, o facto de cada qual olhar só para o seu umbigo, havendo uma falta de visão global. Enquanto as maiores necessidades identificadas, pelo entrevistado, são a formação cívica, a formação interdisciplinar e a formação básica.

No que diz respeito à Percepção dos Especialistas sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais, este diz que as cozinheiras deviam ter mais proximidade com os clientes, haver mais proximidade entre auxiliares, pois às vezes deixam muito a desejar, apesar da proximidade existe falta de conhecimento das prioridades, fazendo com que se revele um pequeno ódio entre utentes e ciúmes entre auxiliares.

Por último, na Articulação entre a Família, do Doente de Alzheimer e a Instituição, o Enfermeiro Francisco Reis garante que no fundo teriam de ser feitas acções de formação com conhecimentos básicos, alertando todos os envolvidos para esta problemática.

6.1.2. Entrevista B - Directora Técnica

Tem 36 anos, é Licenciada, trabalha com Doentes de Alzheimer há 10 anos, o mesmo tempo que trabalha na Instituição.

Em relação ao Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer, diz que é uma doença neuro-generativa que provoca o declínio das funções intelectuais reduzindo as capacidades e interferindo no comportamento e na personalidade. A sua experiência tem sido adquirida através das clientes residentes na instituição que são portadoras desta doença. Os seus objectivos são adquirir práticas profissionais que permitam agir com profissionalismo perante a doença.

Quando questionada acerca da Formação dos Especialistas que trabalham com os doentes de Alzheimer, esta diz que em relação à sua experiência a única que obtém é aquela que tem na instituição, não tem nenhuma formação especializada ao nível da Doença de Alzheimer, sente que existe uma falta de formação nesta área e que deveria existir mais formação para os técnicos.

Nas Dificuldades dos Especialistas, sente que nesta doença nem todos os indivíduos agem da mesma forma o que dificulta a acção perante os clientes. Que sente um enorme desgaste pois é complicado manter um diálogo com o cliente.

No Ambiente Institucional, identifica como os principais problemas a falta de pessoas especializadas e como maiores necessidades a falta de formação do pessoal técnico.

No que diz respeito à Percepção dos Especialistas sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais, a Dr.^a Laurinda diz que é um trabalho muito exigente e muito desgastante.

Na Articulação entre a Família do Doente de Alzheimer e a Instituição, garante que a Instituição tem uma articulação aberta, na medida que dá conhecimento aos familiares do comportamento que o cliente demonstra. Na sua opinião, a prática e a teoria têm de ter uma articulação para uma melhor intervenção.

6.1.3. Entrevista C - Assistente Social

Tem 29 anos, é Licenciada e trabalha há 6 anos com Doentes de Alzheimer, o mesmo tempo que trabalha na Instituição.

Quando questionada em relação ao Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer, afirma que esta doença é a principal causa da demência nas pessoas. É designada como uma doença degenerativa actualmente incurável, mas que possui tratamento. A sua experiência foi adquirida através da experiência profissional e de alguma formação obtida através de *workshops* sobre a Doença de Alzheimer. Os seus principais objectivos são adquirir cada vez mais formação e conhecimentos nesta área, para poder actuar da maneira mais adequada de acordo com cada cliente.

Em relação à Formação dos Especialistas que trabalham com os Doentes de Alzheimer, não tem qualquer tipo de formação, apenas a experiência profissional adquirida ao longo dos anos. Baseia-se na relação profissional com cada cliente, ou seja, no dia-a-dia. Não possui nenhum tipo de formação especializada, apenas um *workshop* sobre a temática do Alzheimer. As maiores necessidades formativas que sente são a falta de especialização sobre a Doença de Alzheimer. Argumentando que, na sua opinião, existe uma grande lacuna a nível de formações, deveria haver cada vez mais formações nesta área.

Ao nível das Dificuldades dos Especialistas, Rute Conceição, diz que a maior dificuldade prende-se com o facto de não saber como agir, perante diversos comportamentos. É extremamente difícil estabelecer um diálogo coerente com os portadores desta doença.

No Ambiente Institucional, identifica como principais problemas e necessidades a formação para as funcionárias que trabalham nesta área.

Em relação à Percepção dos Especialistas sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais, diz que é um trabalho que requer muito esforço a nível psicológico e físico e, acima de tudo, demasiado desgastante.

A Assistente Social, em relação à Articulação entre a Família do Doente de Alzheimer e a Instituição, garante que esta tenta melhorar/articular com os familiares dos clientes, sobre os seus comportamentos e qual a melhor maneira de agir. No seu ponto de vista, é crucial conciliar a prática com a teoria e só assim é possível estabelecer uma boa intervenção.

No final da entrevista acrescentou que o tema é bastante delicado mas que no entanto está a emergir cada vez mais na sociedade. É necessário adquirir políticas de vida saudáveis e estimular-se intelectualmente para atenuar o seu aparecimento.

6.1.4. Entrevista D - Animadora Sociocultural

Tem 26 anos, é licenciada, trabalha com Doentes de Alzheimer há 4 anos, ao mesmo tempo que trabalha na instituição.

No primeiro ponto da entrevista que diz respeito ao Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer, diz que o seu conhecimento baseia-se na prática do dia-a-dia, conciliado com pesquisas feitas. A experiência profissional baseia-se essencialmente nas relações pessoais da instituição e alguns *workshops*. Os seus principais objectivos, são formação específica para lidar com esta demência, o que lhe facilitaria o dia-a-dia.

Em relação à Formação dos Especialistas que trabalham com Doentes de Alzheimer, a Animadora não possui nenhuma formação na área, a não ser a sua experiência profissional, que se baseia no conhecimento do senso comum. A única formação especializada que tem é através de um *workshop*, sentindo que existe uma grande falta de formação, identificando esta como uma necessidade formativa. Sendo que, na sua opinião, tendo em conta que não existe formação, esta é a principal lacuna sentida.

No que diz respeito às dificuldades do Especialista, diz que estas se prendem com o facto de não saber como agir, perante determinados comportamentos. Acha que o maior desgaste que este tipo de doença pode trazer é física mas principalmente psicológica.

Ao nível do Ambiente Institucional, não identifica nenhum problema, enquanto nas necessidades a única que identifica é a falta de formação.

Quando questionada em relação à Percepção dos Especialistas sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais, esclarece que é um trabalho bastante complexo, extremamente desgastante, mas feito com muita dedicação.

No último ponto, que se refere à Articulação da Família do Doente de Alzheimer e a Instituição, a Dr.^a M^a João, diz que a instituição articula com os familiares de forma a melhorar/transpor informação sobre os comportamentos dos clientes. Afirma que só é possível uma melhor intervenção se for conciliada com formação. É necessário conciliar a prática com a teoria.

6.1.5. Entrevista E - Psicóloga

Tem 33 anos, trabalha há 5 meses com doentes de Alzheimer, o mesmo tempo que trabalha na Instituição.

Em relação aos conhecimentos que adquire em relação à Doença de Alzheimer, afirma que o crescente envelhecimento da população tem conduzido ao aumento da incidência de determinadas doenças, nomeadamente as Demências. Nos dias de hoje, assumem-se como uma das patologias que se constata em idades mais avançadas, sendo um exemplo a Doença de Alzheimer, também conhecida como a “Doença dos Idosos”. O Alzheimer é uma doença degenerativa e progressiva, caracterizada pela degradação cognitiva e emocional do indivíduo, que tem repercussões na qualidade de vida do próprio e dos seus cuidadores, uma vez que limita o desenvolvimento de uma vida independente e autónoma no doente. Diversos estudos têm demonstrado que o género feminino é mais afectado por esta doença que o masculino, assumindo como um factor de explicação a maior longevidade das mulheres. Garante que a sua experiência profissional com este tipo de demência surgiu do contacto e acompanhamento diário com as utentes (idosas) da instituição que têm esta doença durante estes cinco meses, aliada aos conhecimentos teóricos e a pesquisa efectuada sobre esta patologia, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mesmas. Acrescenta que, Infelizmente esta patologia não tem cura, pelo que face às utentes da instituição com esta doença, a equipa técnica procura desenvolver respostas integradas que vão de encontro às necessidades identificadas, nomeadamente: a promoção de actividades que estimulem as capacidades cognitivas e funcionais das utentes e o fortalecimento das relações sociais com os seus familiares bem como tem vindo a implementar diversos momentos formativos, que permitem a aquisição de competências às funcionárias da instituição, que facilitem a interação e a compreensão desta doença e outras, com o intuito de contribuir para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida das utentes, dos seus cuidadores e familiares.

Quando questionada acerca da Formação dos Especialistas que trabalham com Doentes de Alzheimer, a psicóloga adianta que tem um Mestrado em Psicologia, na Área de Especialização de Psicologia da saúde. Durante 9 anos trabalhou sempre na área da Psicologia da Saúde e Saúde Comunitária em articulação com Profissionais de diversas áreas e serviços, em projectos direccionados para diferentes grupos populacionais, no entanto, mais directamente com idosos e as doenças associadas ao envelhecimento, desde o período em que foi contratada pela instituição. Não possui nenhuma formação específica sobre a Doença de Alzheimer e, pelo pouco tempo que esteve na instituição, ainda não lhe foi possível frequentar uma formação mais especializada dentro desta temática.

As suas maiores necessidades formativas, centram-se no aprofundamento dos conhecimentos na área do envelhecimento e patologias associadas, bem como de respostas de intervenção. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos especialistas, baseia-se na possibilidade de frequência de acções de formação que permitam a aquisição e a consolidação de conhecimentos e competências no campo das diferentes demências.

No que toca às Dificuldades dos Especialistas, diz que as suas maiores dificuldades em relação à doença são a necessidade de aumentar e consolidar os conhecimentos, as competências e as respostas de intervenção face a esta problemática. Pensa que o desempenho de qualquer profissão tem sempre aliado algum desgaste psicológico e físico, mas quando estamos a trabalhar para melhorar e promover a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial das utentes com esta doença e outras, podemos sentir-nos realizados pessoalmente e profissionalmente e quando se faz por gosto o “desgaste” é facilmente esquecido.

No Ambiente Institucional, do ponto de vista da psicóloga, não identifica problemas mas sim alguns aspectos que podem ser melhorados e que já são uma preocupação da direcção da instituição, em proporcionar a todos os funcionários momentos formativos em várias áreas que lhes possibilitem adquirir/consolidar conhecimentos e competências no campo das diferentes problemáticas com que se deparam no seu quotidiano profissional e no seu trabalho directo com as utentes para promover o seu bem-estar.

No ponto que diz respeito à Percepção dos Especialistas sobre o trabalho desenvolvido pelos Cuidadores Formais, Ana Quirino afirma que apesar de se verificarem algumas fragilidades em termos formativos, considera que existe um excelente trabalho de equipa entre os cuidadores formais para dar respostas às necessidades/problemas identificados nas utentes no dia-a-dia.

Por último, em relação à Articulação entre a Família do Doente de Alzheimer e a Instituição, garante que existe sempre articulação institucional com os familiares das utentes de Alzheimer e das utentes com outras patologias, no sentido de se dar conhecimento do estado de saúde das utentes e solicitar a sua presença quando necessário, caso se verifiquem algumas alterações no seu estado de saúde. Pensa que tem de existir uma preocupação do profissional e enquanto cuidador formal, em se actualizar permanentemente e procurar adquirir mais conhecimentos, competências e respostas de intervenção no campo da velhice.

6.2. Entrevista aos Cuidadores Formais

6.2.1. Entrevista 1

Tem 30 anos, tem o 10º ano, é Auxiliar de Serviços Gerais e trabalha há 6 anos com doentes de Alzheimer, o mesmo tempo que trabalha na instituição.

No que toca ao conhecimento sobre a Doença de Alzheimer, todo o conhecimento que esta auxiliar possui é do trabalho directo com as clientes e uma pequena formação que teve. Os objectivos que pretende alcançar dizem respeito ao bem estar do portador da doença.

No ponto que diz respeito à Formação do Cuidador na área, a única formação que teve foi na instituição, mas não possui qualquer tipo de formação especializada na área do Alzheimer. Toda a experiência que possui é através das clientes da instituição. A maior necessidade formativa que sente é em relação aos doentes com demência, tanto que na sua opinião deveria existir mais formações específicas nesta área.

Nas Dificuldades do Cuidador, aponta como maiores dificuldades, o facto dos doentes de Alzheimer serem agressivos e não saber como lidar da melhor forma com essa situação, trazendo algum desgaste psicológico.

No Ambiente Institucional, aponta como principais problemas o facto de não haver um ambiente reservado apenas com os utentes com Alzheimer. Em relação às maiores necessidades encontradas a nível institucional não deu qualquer tipo de resposta.

6.2.2. Entrevista 2

Tem 41 anos, o 9º ano de escolaridade, é Auxiliar de Serviços Gerais e trabalha há 4 anos com doentes de Alzheimer, o mesmo tempo que trabalha na instituição. Em relação ao Conhecimento que possui sobre a Doença de Alzheimer, garante que tem pouco, que teve 2 horas de formação e que o seu objectivo é adquirir mais conhecimentos sobre esta doença.

Na Formação do Cuidador, diz que tem alguma formação na sua área, que não tem qualquer experiência profissional na sua área de intervenção, que não possui nenhum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer e que as maiores necessidades formativas que sente são todas. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos cuidadores face à doença de Alzheimer, era mais formação.

As maiores Dificuldades do Cuidador centram-se na falta de compreensão do cliente, que faz com que haja um desgaste a nível físico e psicológico.

O Ambiente Institucional, tem como principais problemas a falta de funcionários e formação, sendo que as maiores necessidades vão de encontro aos problemas.

6.2.3. Entrevista 3

Tem 55 anos, o 9º ano de escolaridade, é Auxiliar de Serviços Gerais e trabalha com Doentes de Alzheimer há 2 anos, o mesmo tempo que trabalha na instituição.

No que diz respeito ao Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer, diz que tem muito pouco, que a sua experiência profissional deve-se ao trabalho que faz com as clientes e que o seu objectivo é aprender mais para poder tratar das mesmas.

Em relação à Formação do Cuidador, garante que tem um curso de Geriatria e que não possui qualquer tipo de formação especializada na área do Alzheimer. A sua maior necessidade formativa prende-se com a forma de como se deve tratar um doente de Alzheimer e para combater isso propõe mais formação.

As Dificuldades do Cuidador têm a ver com dificuldade de compreensão do doente, provocando algum cansaço.

No Ambiente Institucional, a entrevistada não foi capaz de identificar quais os principais problemas e necessidades encontradas.

6.2.4. Entrevista 4

Tem 57 anos, o 12º ano de escolaridade, é Encarregada, trabalha há seis anos na instituição e há 23 anos com doentes de Alzheimer.

No Conhecimento da Doença de Alzheimer, sabe que é uma causa mais frequente de demência, degenerativa e progressiva do cérebro devido à perda de neurónios. Tem alguma experiência face à doença mas não a suficiente. Os objectivos que pretende alcançar, face à função que desempenha, segundo palavras da Encarregada, que eles possam ter dentro das capacidades deles uma vida melhor.

No que diz respeito à Formação do Cuidador, diz que teoricamente nenhuma, prática só com quem tem prestado assistência. Não tem qualquer tipo de formação especializada na área em estudo. As suas maiores necessidades são principalmente formativas para que possa lidar com essas pessoas. Na sua opinião, deveria haver pessoas especializadas para vir dar mais formação.

No ponto das Dificuldades do Cuidador, sente que a sua maior dificuldade é na compreensão do doente, o que faz com que sinta algum stress.

O Ambiente Institucional, apresenta como principais problemas e maiores necessidades a falta de funcionárias para compensarem este problema.

6.2.5. Entrevista 5

Tem 42 anos, o 12º ano de escolaridade, é Auxiliar de Acção Directa e trabalha há 6 anos com Doentes de Alzheimer, o mesmo tempo que trabalha na instituição.

Em relação ao Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer, a auxiliar diz que tem alguns conhecimentos e que a sua experiência é derivada do trabalho directo com os clientes que têm a doença. Acompanhar ao máximo o doente de forma a não magoar-se e mantê-lo o mais activo e consciente possível é um dos objectivos que pretende alcançar.

Na Formação do Cuidador, a experiência que tem adquirido na instituição e não tem qualquer tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer. As suas maiores necessidades formativas têm a ver com a falta de conhecimento da doença a fim de conseguir lidar melhor com o doente, sendo que na sua opinião é necessária mais formação.

Nas Dificuldades do Cuidadores, identifica como maiores dificuldades as atitudes inesperadas como o não reconhecimento ou as perguntas repetitivas, que lhe provoca alguma falta de paciência.

No Ambiente Institucional, identifica como principais problemas e necessidades a falta de tempo para com as clientes e para cuidar das mesmas.

6.2.6. Entrevista 6

Tem 49 anos, o 9º ano de escolaridade, é Técnica de Acção Directa e trabalha há 6 anos com doentes de Alzheimer, o mesmo tempo que trabalha na instituição.

Ao nível do Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer, esta possui os mínimos, achando que devia ter mais alguns. A sua experiência profissional deve-se aos anos que está na instituição. Os objectivos que pretende alcançar são fazer com que os clientes se sintam um pouco melhor.

No que diz respeito à formação do cuidador, a técnica tem um curso de Geriatria e Animação, antes de trabalhar na instituição trabalhou também no Hospital de Beja. Não tem qualquer tipo de formação especializada na área do Alzheimer. Necessitava de mais tempo para dedicar a estes clientes e ter mais formação na área.

As maiores dificuldade do cuidador prendem-se com o facto de muitas vezes não saber lidar com elas, tendo um desgaste psicológico.

No Ambiente Institucional não identifica qualquer problema na instituição, já nas necessidades diz que o maior foco é a falta de tempo.

6.2.7. Entrevista 7

Tem 54 anos, o 4º ano de escolaridade, é Auxiliar de Serviços Gerais e trabalha há 5 anos com doentes de Alzheimer, o mesmo tempo que trabalha na instituição.

No Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer a auxiliar diz que tem algum e que a sua experiência se deve ao trabalho que desenvolve na instituição. Os objectivos que pretende alcançar são ter paciência e tentar ajudá-los.

Ao nível da Formação do Cuidador, esta não apresenta qualquer tipo de formação, muito menos especializada, na área do Alzheimer e esta é a sua maior necessidade formativa.

No que diz respeito às Dificuldades do Cuidador diz que não as sente, o que sente é ao nível de desgaste físico e desgaste de cabeça.

No Ambiente Institucional, identifica como principais problemas ter poucas empregadas para o serviço que é e como maiores necessidades ter pouco tempo para as clientes.

6.2.8. Entrevista 8

Tem 28 anos, tem o 9º de escolaridade com o ensino secundário por concluir, é Auxiliar de Acção Directa e trabalha com Doentes de Alzheimer há 6 anos, o mesmo tempo que trabalha na instituição.

Em relação ao Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer, foi adquirido através do trabalho feito na instituição. Os objectivos que pretende alcançar são todos aqueles que conseguir. A Formação do Cuidador na sua área é nenhuma, apenas aquela que adquiriu na instituição. Não tem qualquer tipo de formação especializada na área do Alzheimer.

Sente que as suas maiores necessidades são a nível formativo sobre algumas doenças. Na sua opinião, deviam ter mais formações, informações e mais conhecimentos sobre as doenças. No que toca às Dificuldades do Cuidador, diz que às vezes não sabe como lidar em certas e determinadas atitudes do doente, provocando algumas vezes um desgaste mental. No Ambiente Institucional, identifica como principais problemas e necessidades a falta de material de trabalho pois sem esse não podem suportar pesos pesados.

6.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007)

A escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador formal. No **Quadro 1**, apresenta-se o número de respostas dadas, com uma amostra de 8 inquiridos.

Nº de Questões	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1ª	0	0	5	1	2
2ª	1	1	2	3	1
3ª	1	2	3	1	1
4ª	6	1	1	0	0
5ª	6	2	0	0	0
6ª	5	0	0	3	0
7ª	0	1	4	2	1
8ª	0	0	1	3	4
9ª	5	2	1	0	0
10ª	5	1	2	0	0
11ª	3	3	2	0	0
12ª	7	0	1	0	0
13ª	5	2	1	0	0
14ª	0	1	1	3	3
15ª	0	1	2	5	0

Quadro 1 – Escala de Sobrecarga

Quando questionadas sobre o facto de sentir que o seu utente solicitava mais ajuda do que aquela que realmente necessitava na sua maioria disseram que às vezes. Na sua maioria nunca se sentem envergonhadas nem irritadas quando estão juntas do utente. Afirmam que nunca se sentem esgotadas nem afectadas a nível de saúde por terem de estar junto do Portador da Doença de Alzheimer. Quase numa totalidade, garantem que as suas relações sociais não são de forma alguma afectadas negativamente por terem de cuidar do doente. Consideram que não dispõem de formação suficiente, na área do Alzheimer, para cuidar do seu utente.

7. Discussão dos Resultados:

Segundo *Marília da Nova Cruz e Amer Cavalheiro Hamdan* na literatura, estudos com grupos-controle evidenciam algumas diferenças entre cuidadores de idosos demenciados e outros grupos populacionais. Um estudo comparativo entre cuidadores de três grupos geriátricos diferentes - pacientes com Doença de Alzheimer, pacientes com demência vascular e idosos não demenciados - revelou que o impacto sofrido pelos cuidadores é maior em cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer (Rainer et al., 2002). Outros estudos indicaram que os cuidadores de pacientes com demência apresentavam maiores índices de impacto que cuidadores de pacientes com depressão, AVC ou idosos hígidos da comunidade (Garrido & Almeida, 1999). Cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer possuem maiores chances de ter sintomas psiquiátricos, mais problemas de saúde, maior frequência de conflitos familiares e problemas no trabalho, se comparados a pessoas da mesma idade que não exercem o papel (Cerqueira & Oliveira, 2002). Outro estudo evidencia que cuidadores de idosos dementes apresentam um pior julgamento sobre a própria saúde, sentem-se mais estressados e com a vida afectiva e social mais limitada do que cuidadores de idosos não dementes (Grafstrom et al., 1992).

Segundo *Daniela Figueiredo, Sara Guerra, Alda Marques e Liliانا Sousa em Apoio Psicoeducativo a cuidadores Familiares e Formais de pessoas idosas com demência*, em Portugal, assim como noutros países Europeus, existem poucas unidades de cuidados especializados para pessoas com demência. A maioria dos cuidados é prestada em instituições tradicionais, também conhecidas como “lares de idosos”, por pessoas com baixas habilitações académicas e escassa formação especializada (*Beer et al., 2010; Kuskeet al., 2007; Moniz-Cook et al., 1998*). Esses lares funcionam como unidades de alojamento colectivo, permanente ou temporário, e destinam-se a pessoas idosas dependentes ou em risco de perder a sua autonomia. Normalmente, essas unidades integram pessoas idosas com e sem comprometimento cognitivo. Essas instituições tendem a ser deficitárias em termos de estimulação ambiental e social (*Kovach & Magliocco, 1998*), associando-se ao aumento dos sintomas comportamentais dos residentes com demência e à perda progressiva das suas capacidades motoras e comunicacionais (*Camp, Cohen-Masfield & Capezuti, 2002*).

No que toca aos Especialistas estes revelam que sentem uma falta de compreensão em relação à Doença de Alzheimer, fazendo com que não consigam passar aos Cuidadores Formais mais conhecimentos que possam enriquecer o seu trabalho. As suas necessidades formativas reflectem-se na articulação entre a família e os doentes de Alzheimer que estão institucionalizados, tendo todos a mesma opinião em relação a este tema. As suas maiores necessidades centram-se na compreensão do doente e na forma mais correcta de agir perante as fases da doença, estas que são tão variadas mas ao mesmo tempo tão idênticas.

Os Cuidadores Formais, o principal foco em estudo, apresenta uma necessidade formativa bastante vincada, pois toda a experiência que têm deve-se ao seu dia-a-dia na instituição. Não têm qualquer formação especializada que lhes permita ter outra visão da Doença de Alzheimer.

Sentem que na instituição existem poucas Técnicas para o trabalho que têm de desempenhar, havendo uma grande sobrecarga a nível físico, mas mesmo assim, a partir da análise da escala de sobrecarga podemos constatar que nenhum dos Cuidadores Formais se encontra em sobrecarga, pois todas elas têm um enorme gosto naquilo que fazem. Podemos verificar que os valores são bastante aproximados havendo um grande número de respostas idênticas.

Dando resposta à Questão de Partida, as necessidades formativas que os Cuidadores Formais dos Doentes de Alzheimer sentem no seu dia-a-dia prendem-se com questões como falta de compreensão face à doença e quais as melhores formas de agir e actuar face a esta problemática.

Posto isto, propõe-se um Projecto de Intervenção que tenha como principal objectivo formar os Cuidadores Formais, para que possam dar outro tipo de cuidados aos Doentes de Alzheimer.

Parte III – Proposta de Projecto de Intervenção

8. Fundamentação do Projecto

Este projecto de Intervenção destina-se a combater as necessidades formativas, sentidas pelos Cuidadores Formais da Mansão de São José – Quinta da Navarra.

Torna-se bastante importante formações, neste caso relacionadas com a Doença de Alzheimer, quando se verifica que ainda existem bastantes tabus e bastante falta de conhecimento sobre esta doença.

Enquanto Técnica de Lar, não saber como actuar numa situação agressiva por parte do cliente, como reagir perante o constante questionamento, dúvidas e conflitos psicológicos, característicos desta doença, para o cuidador torna-se frustrante. Daí o objectivo ser abrir novos horizontes e dar-lhes novas ferramentas para que consigam dar outro tipo de tratamento e qualidade de vida ao Doente de Alzheimer.

9. Designação do Projecto

O Projecto “Aprender para Agir e Cumprir” - Formar os Cuidadores Formais para com a Doença de Alzheimer, vai de encontro às necessidades formativas existentes na Instituição em estudo.

10. Objectivos

Objectivo Geral:

Formar os Cuidadores Formais para com a Doença de Alzheimer.

Objectivo Específico:

Formar os Cuidadores sobre a Doença de Alzheimer;

Fornecer novas ferramentas para um melhor atendimento ao doente;

Formar o Cuidador para o envolvimento dos Familiares do doente.

11. Profissionais envolvidos na dinamização e liderança do projecto

Os profissionais que estarão envolvidos neste projecto serão a Directora Técnica, a Psicóloga que neste momento é a responsável pela formação que decorre na Mansão de São José – Quinta da Navarra e a Dr.ª Telma Bengalinha, responsável pelo estudo em questão.

12. Público Alvo

Tendo em conta que conhecer as Técnicas de Lar se torna imprescindível para se poder actuar e prestar um melhor serviço, então também se torna imprescindível fazer uma caracterização da mesma. Os dados recolhidos para se proceder a esta caracterização foram retirados das entrevistas anteriormente aplicadas.

O público alvo será composto só por pessoas do género feminino, com idades compreendidas entre os 28 e os 57 anos, em grupos de 5 a 15 pessoas. Todas têm um nível de escolaridade bastante baixo, sendo que a maior parte do conhecimento adquirido deve-se à experiência nesta instituição.

13. Plano de Acção

Este projecto pretende formar os Cuidadores Formais para com a Doença de Alzheimer, de uma forma detalhada e sistemática, tentando alcançar os objectivos propostos, utilizando meios e estratégias para a sua concretização.

Nesta fase pretende-se planificar as actividades a realizar, delineando todo o processo de realização bem como quando e onde se irá realizar.

Desta forma, tendo em conta a necessidade/problema já detectado e que está relacionado com as necessidades formativas dos Cuidadores Formais face à Doença de Alzheimer, faz todo o sentido elaborar um Projecto de Intervenção, “Aprender para Agir e Cumprir” - Formar os Cuidadores Formais para com a Doença de Alzheimer.

No **Quadro 2** será apresentado o Plano de Acção para o Projecto de Intervenção.

Projecto	Objectivos Gerais	Obejctivos Específicos	Actividades	Humanos	Logísticos	Materiais
“Aprender para Agir e Cumprir”	Formar os Cuidadores Formais para a Doença de Alzheimer	Formar os Cuidadores sobre a Doença de Alzheimer; Fornecer novas ferramentas para um melhor atendimento ao doente; Formar o Cuidador para o envolvimento dos Familiares do doente.	Formação Sobre a Doença de Alzheimer Formação sobre formas de trabalhar com Doentes de Alzheimer Formação sobre articulação da Família com a Instituição	Cuidadores Formais Psicóloga da Instituição Directora Técnica Animadora Sociocultural Assistente Social	Sala de Reuniões da Instituição	Capas Folhas Canetas Projector

Quadro 2 – Plano de Acção

14. Cronograma

No **Quadro 3**, será apresentado a Cronograma das Actividades Anteriormente Planeadas.

Actividades 2013	Agosto	Setembro	Outubro
Formação Sobre a Doença de Alzheimer	Dias: 4, 11, 18 e 25		
Formação sobre formas de trabalhar com Doentes de Alzheimer		Dias: 3, 10, 17 e 24	
Formação sobre articulação da Família com a Instituição			Dias: 4, 11, 18 e 25

Quadro 3 – Cornograma

15. Execução

Esta fase do projecto corresponde à fase em que o projecto é colocado em prática. Em função dos objectivos traçados esta fase corresponde à operacionalização do projecto de intervenção. Na execução do Projecto podem definir-se diferentes formas de intervenção de acordo com os objectivos a que se propôs. A forma de intervenção pretende-se que seja directa, pois pretende-se que o Cuidador e Formador participem mutuamente e que ambos sejam actores e agentes do processo de intervenção.

16. Avaliação do Projecto

Avaliar significa medir os resultados, ou seja, o caminho percorrido, altura em que habitualmente se avaliam os objectivos e se elabora um plano entre o início e o fim da acção, analisando o que mudou para os beneficiários.

No que respeita à avaliação do projecto de intervenção, que será feito na Mansão de São José – Quinta da Navarra, este consiste na realização de Módulos de Formação com o tema “A Doença de Alzheimer”. Visa combater as necessidades formativas de todo o corpo docente daquela instituição bem como proporcionar aos utentes uma melhor qualidade de vida. Esta formação iria acontecer associada a uma formação já a decorrer na instituição, seria um módulo a acrescentar na parte da demência.

Existem vários modelos de avaliação, mas para avaliar este projecto seriam elaboradas fichas de avaliação por módulo. Assim teríamos uma visão mais directa do trabalho do formador bem como uma percepção detalhada dos conteúdos apreendidos na formação.

Conclusão

A presente investigação tinha como principal preocupação perceber *“Quais as necessidades formativas, que os Cuidadores Formais, dos Doentes de Alzheimer institucionalizados, sentem no seu dia-a-dia?”*.

Concluída esta fase, torna-se importante fazer uma análise deste Estudo.

Inicialmente torna-se difícil a nossa escolha mas quando nos apercebemos e nos confrontamos com um caso pessoal, torna-se mais fácil. A minha escolha foi fácil, a Doença de Alzheimer é um tema que todos deveriam abordar na sua vida, não pensando que só acontece aos outros.

O primeiro contacto na Instituição foi bastante positivo, permitiu entender se existe abertura por parte dos Especialistas bem como dos Cuidadores Formais para a aprendizagem contínua, a qual foi aceite de imediato.

Após o contacto com os vários docentes da Instituição, percebesse que há uma necessidade de falar sobre estas dúvidas e incertezas, pois querem a cada dia melhorar o seu trabalho bem como aquilo a que se propuseram, tratar dos Doentes de Alzheimer.

Todo este trabalho/estudo foi esclarecedor não só a nível institucional como a nível pessoal, pois como tantos outros era leiga neste assunto.

É de referir que todo o acompanhamento investido neste projecto, deve-se à Professora Doutora M^a Cristina Faria que sempre acreditou que esta dissertação teria pernas para andar. Também é de louvar todo o interesse demonstrada por todo o corpo docente da Mansão de São José-Quinta da Navarra.

A estimulação dos Cuidadores Formais face à Doença de Alzheimer é de extrema importância, em especial numa fase inicial, de modo a obter um nível de funcionamento o mais aproximado possível do doente.

Cuidar de alguém com esta demência exige um esforço muito grande por parte do cuidador. Ao tomar conhecimento da doença, não é só a vida desta pessoa que muda, mas também a vida do Cuidador e da Família do Portador de Doença de Alzheimer.

Bibliografia

BERGER, Louis & MAILLOUX – POIRIER, Danielle (1995) Pessoas Idosas – uma abordagem global. Loures: Lusodidactica

FERNANDES, Ana Alexandre (1997) Velhice e Sociedade – Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal. Oeiras: Celta Editora

NETTO, Matheus Papaléo (2000), “Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em visão Globalizada”, Editora Atheneu, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte

QUIVY, Raimound & CAMPENHAUDT, Luc Van (2008) Manual de Investigação em Ciências Sociais (5ª ed.) Lisboa: Gradiva

NUNES, Belina & PAIS, Joana (2006) Doença de Alzheimer – Exercícios de Estimulação (Vol. 1), Lisboa – Porto: LIDEL

Sousa, L.; Mendes, A. & Relvas, A.P. (2007). Enfrentar a velhice e a doença crónica. Lisboa: Climepsi.

Barbosa, A.L.; Cruz, J.; Figueiredo, D.; Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. Psicologia, Saúde & Doença, 12(1): 119-29.

Webgrafia

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf

http://www.estacaopesquisa.unimontes.br/projetos/rel_cuidador_idosos.pdf

<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/303.pdf>

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0032.PDF>

<http://pt.scribd.com/doc/93918753/Escala-de-Sobrecarga-Do-Cuidador> - escala de sobrecarga do cuidador

Anexos

Anexo 1 - Entrevistas aos Especialistas

Anexo II – Entrevistas aos Cuidadores Formais

Anexo III-Escalade Sobrecarga

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Manslio de Sao Jose-Quinta da Navarra, encontram a nivel institucional, para dar resposta as necessidades dos portadores de Doenc;a de Alzheimer.

1. Caracteriza ao:

1.1. Idade: --\$-!-_____

1.2. Genera: _f{=-----

1.3. Habilidades Literarias: L† (0./lcrdu1lC r41l'l'Auac- YbQ..Cc;l007cl> 6c

1.4. Func;lio desempenhada na Instituic;ao: ,fe&f'NI<!:t ll.o=

1.5. Quantos anos trabalha na Instituic;ao: 6 o CVtOS

1.6. Quante tempo trabalha com Doentes de Alzheimer: esd<ro S j.8u(Y\0

2. Conhecimento sobre a Doena de Alzheimer:

consulta bibliografica; prática de dia-a-dia

2.2. Qual a sua experiencia profissional face a Doenc;a de Alzheimer?

U«sde OS (:)8 off'as -hzo.<x:f&ert rue. tlvt{J mo'c, ;

3. Formação dos Especialistas que trabalham com os Doentes de Alzheimer:

3.1. Qual o nível de Formação na Área?

YOs . 8<0 ndcmvo <2'CYJA f;:cil cxYdo-f6b C.) rf -f(i;:/116
remE< f'i\-\=- <<sfec/ 'c G; vu odkaih, cfuK•fcd ru0 .;it.tG J&

3.2. Qual a sua experiência profissional na sua área de Interesse?

18 anos

3.3. Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

6

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

.uco J.rroaa rHu'ta' oooue-ssl(ic.d.es: % s-l=e-cvc()c;;
tenho estudado e informado sempre

3.5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos especialistas, face à Doença de Alzheimer?

J{o, :ol\ I'M,ffs-\ t'fMfruk ccQV) +ea.-f\IA&S d.e 2v:s(o6w-k.
CffY)) mGviQC, fti ac<YJGCCIS,: c<Y\QiS fha rmo70o f

4. Dificuldades do Especialista:

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

&±u.vo, mo roM.Mclo cio 0W-baoJ. L, ?C sros ofk,.o oc/o.;

mtu dependentes e exigem muito de nós

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

... S ... f'''D o '''' ''''.' ro fJ.Pd,

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

foaMAuJ&i 6\tico 4<.9JINio 7;- , hdeoct'<,c:ri:?.rrq!<-7
too c/v!Cf eoe= ha' i c c.

6. Perceção dos Especialistas sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais:

6.1. Qual a sua opinião sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais, desta Instituição?

... =e . J t: . :
... as vezes deixam muito
a desejar, apesar da proximidade existe falta
de conhecimento de prioridades;
pequeno diálogo entre utentes, cuidadores e auxiliares;

7. Articulação entre a Família, do Doente de Alzheimer, e a Instituição:

7.1. De que forma é articulada a Instituição e a Família do Doente de Alzheimer?

'G?ed Guc'bUJ OG chs oc l±ao S clerm+Ps ;

7.2. De que forma, poderia melhorar em particular ao nível da intervenção do papel do cuidador formal?

no fundo fazer ações de formação e conhecimentos
básicos; alertar para esta problemática.

8. Observações, Reflexões e Sugestões:

Gratos pela vossa atenção

BeJa, 2013



Beja

III RJ 34



Entrevista aos Especialistas

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansão de São José-Quinta da Navarra, encontram a nível institucional, para dar resposta as necessidades dos portadores de Doença de Alzheimer.

I. Caracteriza ao:

1.1. Idade: 63

1.2. Género: F

1.3. Habilitações Literárias: 3.ª Fase do Ensino Secundário

1.4. Função desempenhada na Instituição: Coordenadora de Serviços

1.5. Quantos anos trabalha na Instituição: 40

1.6. Quante tempo trabalha com Doentes de Alzheimer: 20

2. Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em relação a Doença de Alzheimer?

É uma doença neuro-degenerativa que declina as funções intelectuais e reduzindo as capacidades e interferindo no comportamento e na personalidade.

2.2. Qual a sua experiência profissional face à Doença de Alzheimer?

A minha experiência tem sido a de coordenadora dos serviços de apoio aos doentes de Alzheimer que são portadores desta doença.

2.3. Quais são os objectivos que pretende alcançar, para ajudar o doente, face à função que desempenha?

Os meus objectivos são adquirir práticas profissionais que permitam agir com profissionalismo perante a doença.

3. Forma ao dos Especialistas que trabalham com os Doentes de Alzheimer:

3.1. Qual o nível de Formação na Área?

100% de formação na área

3.2. Qual a sua experiência profissional na sua área de Intervenção?

De 8 anos de experiência

3.3. Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

Sim

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

Atualização de conhecimentos e técnicas de intervenção

3.5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos especialistas, face à Doença de Alzheimer?

Existir formação para os técnicos

4. Dificuldades do Especialista:

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

Nesta doença nem todos os indivíduos agem da mesma forma o que dificulta a abordagem aos utentes

4.2. Qual o tipo de desgaste que esta doença pode trazer ao Especialista?

Fui porque não há possibilidade de manter um diálogo com o utente

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

G2_s2 "15dCM , V f'! UO\i(jBcl0J;)

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

fc¥Q\ a, d2 dOEtmagez ce[o :22(]Z
t Q c (1! cQ)

6. Percepção dos Especialistas sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais:

6.1. Qual a sua opinião sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais, desta Instituição?

1)(vi trob\IAQ (YIIIJ lo rrx i I t Y
muito desgastante

7. Articulação entre a Família, do Doente de Alzheimer, e a Instituição:

7.1. De que forma é articulada a Instituição e a Família do Doente de Alzheimer?

A JIIIa Yi kv'C,0 tj ro um o a C? , \ri c u Q@_cw
Q, \a-Qdl IC! no \u o dli do ;b ll cb

prática e
uma abordagem
interview

8. Observações, Reflexões e Sugestões:

Gratos pela vossa atenção
Beja, 2013

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansão de São José-Quinta da Navarra, encontram a nível institucional, para dar resposta as necessidades dos portadores de Doença de Alzheimer.

I. Caracteriza ao:

1.1. Idade:

109

1.2. Género:

F

1.3. Habilitações Literárias:

A(QUI CiGnJi/1

1.4. Função desempenhada na Instituição ao:

fuD>'b/en/e Soac.J

1.5. Quantos anos trabalha na Instituição ao:

6

1.6. Quanto tempo trabalha com Doentes de Alzheimer:

{0}

2. Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em relação à Doença de Alzheimer?

Trabalho na área da prevenção, prevenção e de alguma formação dada através de workshops sobre a doença de Alzheimer.

2.2. Qual a sua experiência profissional face à Doença de Alzheimer?

A Doença de Alzheimer é a principal causa de demência nas pessoas. É designada como uma doença degenerativa, actualmente incurável, mas que possui tratamento.

2.3. Quais são os objectivos que pretende alcançar, para ajudar o doente, face a função que desempenha?

Adquirir cada vez mais formação e conhecimentos nesta área, para poder atuar da maneira mais adequada de acordo com cada paciente.

3. Forma ao dos Especialistas que trabalham com os Doentes de Alzheimer:

3.1. Qual o nível de Formação na Área?

Não tenho qualquer tipo de formação
apenas a experiência profissional adquirida
ao longo dos anos.

3.2. Qual a sua experiência profissional na sua área de Intervenção?

Baseia-se na relação profissional
com cada paciente, ou seja o
dia-a-dia.

3.3. Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

Atualização de conhecimentos
e técnicas de intervenção.

3.5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos especialistas, face à Doença de Alzheimer?

O nível de formação deveria de
aumentar cada vez mais nesta
área.

4. Dificuldades do Especialista:

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

Falta de recursos humanos e materiais
para a realização de intervenções
e a falta de conhecimento sobre a
doença.

4.2. Qual o tipo de desgaste que esta doença pode trazer ao Especialista?

Desgaste físico e emocional devido
ao contacto constante com os
doentes e a falta de recursos.

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

(2P'A ex:'> :p:!'X'la)i.f!!
6\QKf\ O.

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

A O fl JtA-oC6 p:RC CA
DtW\tr,\C) 05\f?AJc&.

6. Percepção dos Especialistas sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais:

6.1. Qual a sua opinião sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais, desta Instituição?

TnckcJ&1o f2 rY\CnO
corocc%' CA CO£-F e
Q — —
'{? .

7. Articulação entre a Família, do Doente de Alzheimer, e a Instituição:

7.1. De que forma é articulada a Instituição e a Família do Doente de Alzheimer?

A nossa instituição tenta melhorar/avizar
com as famílias das utentes sobre
os seus componentes e qual a melhor

7.2. De que forma, poderia melhorar em particular ao nível da intervenção do papel do cuidador formal?

\.'D \AOD 000r0 cQQ ITIZA B CRtUd
.F GA

8. Observações, Reflexões e Sugestões:

É um tema bastante delicado,
mas que no entanto está a
emergir cada vez mais na
sociedade.

É necessário adquirir práticas
de vida saudáveis e estimular-se
intelectualmente para manter
o seu aperfeiçoamento.

Gratos pela vossa atenção

Beja, 2013

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansao de Sao Jose-Quinta da Navarra, encontram a nivel institucional, para dar resposta as necessidades dos portadores de Doen9a de Alzheimer.

1. Cal'actel'izac;ao:

1.1. Idade: 69<0

1.2. Genero: f

1.3. Habilita9es Literarias: 1. "e>RG. '-'"=V. :> !'/?::0"

1.4. Fun9ao desempenhada na Instituiyao: A<v., :{1..o scree/tne/

1.5. Quantos anos trabalha na Instituiyao: --?!_

1.6. Quanto tempo trabalha com Doentes de Alzheimer: _j4--

2. Conhecimento sobre a Doenc;a de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em relayaO a Doenya de Alzheimer?

O cm"-ec>.\)\.D\\\.o AfA9 \ac..S>eb.-SP-
oa.. '!' c o do d.AQ -tl. -ci/c, O t.,\J c:ct.o
cos:-0 , S. _____

2.2. Qual a sua experiencia profissional face a Doen9a de Alzheimer?

A experencia profissional baseia-se
essencialmente nas relac;oes pessoais
da instituic;ao e alguns workshops.

2.3. Quais sao OS objectives que pretende aicanyar, para ajudar o doente, face a fun9ao que desempenha?

Talvez formac;ao especifica para
lidar com este doenc;ia, o que
nos facilitaria die-c.-d.c.

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

Não há problemas...

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

Além da formação, nenhum.

6. Perceção dos Especialistas sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais:

6.1. Qual a sua opinião sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais, desta Instituição?

Um trabalho bastante complexo, extremamente desgastante, mas feito com muita dedicação.

7. Articulação entre a Família, do Doente de Alzheimer, e a Instituição:

7.1. De que forma é articulada a Instituição e a Família do Doente de Alzheimer?

A instituição articula com os familiares a nível da informação e da educação sobre a doença de Alzheimer.

7.2. De que forma, poderia melhorar em particular ao nível da intervenção do papel do cuidador formal?

Será necessário continuar a trabalhar com a família e com os cuidadores formais, para melhorar a qualidade da intervenção.

8,. ObservafYiies, Reflexiies e Sugestiies:

Gratos pela vossa atcn ao
Bcja, 2013

Entrevista Psic61oga; E

1. Caracteriza ao:

- 1.1 Idade: 33
- 1.2 Genera: Feminine
- 1.3 Habilita oes Literarias: Mestrado em Psicologia da Saude e Licenciatura em Psicologia Educacional.
- 1.4 Fun ao desempenhada na Institui ao: Psic61oga
- 1.5 Quantos anos trabalham na Institui ao: 5 Meses
- 1.6 Quanta tempo trabalha com Doentes de Alzheimer: 5 Meses

2. Conhecimentos sobre a Doena de Alzheimer:

2.1- Qual o conhecimento que possuem rela ao à Doença Alzheimer?

O crescente envelhecimento da popula ao tem conduzido ao aumento da incidencia de determinadas doen as, nomeadamente as Demencias. Nos dias de hoje, assumem-se como uma das patologias que se constata em idades mais avan adas, sendo um exemplo a Doen a de Alzheimer, tambem conhecida como a "Doena dos Idosos". O Alzheimer e uma doen a degenerativa e progressiva, caracterizada pela degrada ao cognitiva e emocional do indivfduo, que tem repercussoes na qualidade de vida do proprio e dos seus cuidadores, uma vez que limita o desenvolvimento de uma vida independente e aut6noma no doente. Diversos estudos tem demonstrado que o genera feminino e mais afectado par esta doen a que o masculino, assumindo como um factor de explica ao a maior longevidade das mulheres.

2.2- Qual a sua experiencia profissional face à Doença de Alzheimer?

A experiencia profissional com este tipo de demencia surgiu do contacto e acompanhamento diario com as utentes (idosas) da institui ao que tem esta doen a durante estes cinco meses, aliada aos conhecimentos te6ricos e a pesquisa efectuada sobre esta patologia, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mesmas.

2.3- Quais sao OS objectivos que pretende alcan ar, para ajudar o doente, face a fun aO que desempenha?

Infelizmente esta patologia nao tem cura, pelo que face as utentes da institui ao com esta doen a. a equipa tecnica procura desenvolver respostas integradas que vao de encontro as necessidades identificadas, nomeadamente: a promo ao de actividades que estimulem as capacidades cognitivas e funcionais das utentes e o fortalecimento das rela oes sociais com os seus familiares, bem como tem vindo a implementar diversos mementos formativos que

permitem a aquisiçao de competencias as funcionarias da instituiçao que facilitem a interaçao e a compreensao desta doença e outras, com o intuito de contribuir para melhorar o estado de saude e a qualidade de vida das utentes, dos seus cuidadores e familiares.

3. Forma ao dos Especialistas que trabalham com os doentes de Alzheimer:

3.1- Qual o nível de Formação na área? Mestrado em Psicologia, na Área de Especializaçao de Psicologia da Saude.

3.2 Qual a sua experiencia profissional na sua área de Intervenção? Durante nove anos trabalhei sempre na área da Psicologia da Saude e Saude Comunitaria em articulaçao com Profissionais de diversas áreas e serviços, em projetos direcionados para diferentes grupos populacionais, no entanto mais diretamente com idosos e as doenças associadas ao envelhecimento, desde o período em que fui contratada pela instituiçao.

3.3 – Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

Nao possuo nenhuma formação específica sobre a Doença de Alzheimer, e pelo pouco tempo que estou na instituiçao ainda nao me foi possível frequentar uma formação mais especializada dentro desta tematica.

3.4- Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua pratica?

Aprofundamento dos conhecimentos na área do envelhecimento e patologias associadas, bem como de respostas de intervençao.

3.5- Na sua opiniao, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos especialistas?

A possibilidade de frequencia de ações de formação que permitam a aquisiçao e a consolidaçao de conhecimentos e competências no campo das diferentes demencias.

4. Dificuldades dos especialistas:

4.1– Quais são as maiores dificuldades que sentem em relação à Doença de Alzheimer?

A necessidade de aumentar e consolidar os conhecimentos, as competencias e as respostas de intervençao face a esta problematica.

4.2 -Qual o tipo de desgaste que esta doença pede trazer aos Especialistas?

Penso que o desempenho de qualquer profissão tem sempre aliado algum desgaste psicológico e físico, mas quando estamos a trabalhar para melhorar e promover a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial das utentes com esta doença e outras, podemos nos sentir realizados pessoalmente e profissionalmente, e quando se faz por gosto o "desgaste" é facilmente esquecido.

5. Ambiente Institucional:

5.1 - Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

No meu ponto de vista, não identifico problemas mas sim alguns aspectos que podem ser melhorados, e que já é uma preocupação da direção da instituição, em proporcionar a todos os funcionários momentos formativos em várias áreas que lhes possibilitem adquirir/consolidar conhecimentos e competências no campo das diferentes problemáticas com que se deparam no seu quotidiano profissional e no seu trabalho direto com as utentes para promover o seu bem-estar.

5.2 - Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

Esta questão já foi respondida na pergunta 5.1.

6. Perceção dos Especialistas sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais:

6.1 - Qual a sua opinião sobre o trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais desta instituição?

Apesar de se verificarem algumas fragilidades em termos formativos, consideramos que existe um excelente trabalho de equipa entre os cuidadores formais para dar respostas às necessidades/problemas identificados nas utentes no dia-a-dia.

7- Articulação entre a família do doente de Alzheimer e a Instituição:

7.1 - De que forma é articulada a Instituição e a Família do doente de Alzheimer?

Existe sempre articulação institucional com os familiares das utentes de Alzheimer e das utentes com outras patologias, no sentido de se dar conhecimento do estado de saúde das utentes e solicitar a sua presença quando necessária, caso se verifiquem algumas alterações no seu estado de saúde.

7.2 - De que forma, poderia melhorar em particular a nível do papel do cuidador formal?

Penso que tem de existir uma preocupação do profissional, e enquanto cuidador formal, em se atualizar permanentemente e procurar adquirir mais conhecimentos, competências e respostas de intervenção no campo da velhice.

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansao de Sao Jose:-Quinta da Navarra, encontram a nivel institucional, para dar resposta as nessecidades dos portadores de Doen<;a de Alzheimer.

1. Caracteriza ao:

1.1. Idade: **36**

1.2. Genero: **f L**

1.3. Habilita<;ses Literarias: **---**

1.4. Fun<;ao desempenhada na Institui<;ao: **A>V..eG\2 de Sc\2-VifO) ac:Us**

1.5. Quantos anos trabalha na Institui<;ao: **----'0=---**

1.6. Quanto tempo trabalho com Doentes de Alzheimer: **...6**

2. Conhecimento sobre a Doena de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em rela<;ao a Doen<;a de Alzheimer?

dqofn!bo d\ a.ok) Cfrv=J CAS. \ Jeok .e
\ r c{2.\roo.r c('d er-e +: J=f((7) c) .)

2.2. Qual a sua experiencia profissional face a Doen<;a de Alzheimer?

A?Mo.:-. o ere b-enh.o no v\ . J Al;=

2.3. Quais sao os objectives que pretende alcan<;ar, para ajudar o doente, face a

função que desempenha?

Que o doente esteja o mais confortável possível.

3. Formação do Cuidador:

3.1. Qual o nível de Formação na Área?

---'Po \.)Crel foQ.;\c0 c) que tivemos
instituição.

3.2. Qual a sua experiência profissional na sua área de Intervenção?

A "" c i:rC\ o?:. ',-\.en.k:--. dcj instituição

3.3. Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

Não

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

?a!o(.·p\ 'Pf' (.,CO=) (b""o-\.c's c tra
demençia.

3.5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos cuidadores, face à Doença de Alzheimer?

J-bleo.. f'cy:>_.. -(oa.roof&\ específicas
nessa área.

4. Dificuldades do Cuidado:

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

Seus filhos tornam-se agressivos

4.2. Qual o tipo de desgaste que esta doença pode trazer ao Cuidador?

Perda de sono, perda de apetite, estresse

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

Falta de recursos humanos e materiais, falta de treinamento da equipe

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

6. Observações, Reflexões e Sugestões:

Gratos pela vossa atenção

Reja, 2013

Entrevista- aos Cuidadores Formais/Institucionais Z

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansao de Sao Jose:-Quinta da Navarra, encontram a nivel institucional, para dar resposta as nessecidades dos portadores de Doenç;a de Alzheimer.

1. Caracteriza ao:

1.1. Idade:)(

1.2. Genero: ----

1.3. Habilitações Literarias: ----

1.4. Função desempenhada na Instituição: f.v.Jtdoq ¥1\0, '3>

1.5. Quantos anos trabalha na Instituição: Lf

1.6. Quante tempo trabalho com Doentes de Alzheimer: Lt 0--L..."=>

2. Conhecimento sobre a Doenç;a de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em relação a Doenç;a de Alzheimer?

eQ-l e.cf.:)

2.2. Qual a sua experiência profissional face à Doença de Alzheimer?

Tive 2^{da} O^c. de formação

2.3. Quais são os objectivos que pretende alcançar, para ajudar o doente, face a função que desempenha?

Quinze anos de conhecimento sobre esta doença

3. Formação do Cuidador:

3.1. Qual o nível de Formação na Área?

f. \ \.9.La

3.2. Qual a sua experiência profissional na sua área de Intervenção?

aa.

3.3. Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

''_.

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

-\o On_.

3.5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos cuidadores, face a Doença de Alzheimer?

n. ;=S O £V'- Q

4. Dificuldades do Cuidador:

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

"hiR4 de cuidados uterine

4.2. Qual o tipo de desgaste que esta doença pode trazer ao Cuidador?

A to " " < £ t -s-c- e .o re V' < Z / 9 fo y - e p.

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

Q - 1
E forma de

5.2. Para si, quais são as principais dificuldades a nível institucional?

funcionários
FG, J.C.,
e fon

6. Observações, Reflexões e Sugestões:

Entrevista aos Cuidadores Formais/Institucionais 3

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relativo as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansão de São José:-Quinta da Navarra, encontram a nível institucional, para dar resposta as necessidades dos portadores de Doença de Alzheimer.

1. Caracteriza o:

- 1.1. Idade: _____
- 1.2. Género: F
- 1.3. Habilitações Literárias: 4^o
- 1.4. Função desempenhada na Instituição: Assistente Social
- 1.5. Quantos anos trabalha na Instituição: 2
- 1.6. Quanto tempo trabalho com Doentes de Alzheimer: 2

2. Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em relação à Doença de Alzheimer?

Muito pouco

2.2. Qual a sua experiência profissional face à Doença de Alzheimer?

5 de anos de trabalho que faço

2.3. Quais são os objectivos que pretende alcançar, para ajudar o doente, face à função que desempenha?

Aprender mais para poder tratar

3. Forma iio do Cuidador:

3.1. Qual o nível de Forma((iio na Area?

CAJ. AS c *généraliste*

3.2. Qual a sua experiencia profissional na sua area de Intervenç<:o>?

He des ano.

3.3. Possui algum tipo de forma9iio especializada na Doen9a de Alzheimer?

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

Casimiro $\nabla \cdot \nabla$ $\partial \cdot \partial = \partial \cdot \partial$ $k^{8^{m6}}$ $\{ \cdot \cdot \cdot \}$ **an** $C. l^A$ \cdot
de Tuxes $\partial \cdot \partial$ $r \backslash OCx$ **h** $\cdot \cdot$

3.5.Na sua opiniao, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos cuidadores, face a Doença de Alzheimer?

$$tf_{0, \dots, S} \setminus D \dots c, tc_{.J}$$

4. **Dificuldades do Cuidador:**

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

Ver as complicações

4.2. Qual o tipo de desgaste que esta doença pode trazer ao Cuidador?

Cansaço

5. **Ambiente Institucional:**

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

.. pouco

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

mais

6. **Observações, Reflexões e Sugestões:**

Entrevista aos Cuidadores Formais/Institucionais Y

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansao de Sao Jose:-Quinta da Navarra, encontram a nivel institucional, para dar resposta as nessecidades dos portadores de Doen9a de Alzheimer.

1. Caracteriza ao:

1.1. Idade: 53

1.2. Género: QWU-tU-:J

1.3. Habilitações Literarias: 10...L...n-y

1.4. Função desempenhada na Instituição: Ji.<COM!..!SC<..

1.5. Quantos anos trabalha na Instituição: -'--- —

1.6. Quanta tempo trabalho com Doentes de Alzheimer: 23

2. Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em relação à Doença de Alzheimer?

St>io. ca1.1sc, vAgain Iru.s.t o, c-e 6....e
do s t). C:c " c&s.e \A g...<.c.. vc. _o I .o .A./vc..
at) e.Q I\..R. O'-do a: clc de ffiRL\ m:

2.2. Qual a sua experiência profissional face à Doença de Alzheimer?

A gu\lt c. tD-Cvz IJ.O!U ct c... c/ \-e.

2.3. Quais são os objectivos que pretende alcançar, para ajudar o doente, face à função que desempenha?

Q ,f., ee.c:. kns.s Q...u...o.

Oew do/) .eD.(10...c e'cia cl-0:> Se souber de pes uma
ll)'dc.. I_w qgg (

3. Formação do Cuidador:

3.1. Qual o nível de Formação na Área?

TiD<'A! S I'<|Qrofu.r Y Y I C. f>A C: =f, {C., ,D''CoLU.
(L M> t 11 t.e A! _ oo t6 Oo as(!ore A C. C.

3.2. Qual a sua experiência profissional na sua área de Intervenção?

(|W ('o fJJD.-<C c.,

3.3. Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

A.: (su r 12 r r ?& 1' c g c _ / e . . f 0 I C tv/Uli(-J. { ? y ?
O . A & > , { , -- d 01.4 fo > (

3.5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos cuidadores, face à Doença de Alzheimer?

'd2e v c, ck Ct lfr.h. f QQ.b. o o o. G> q n f - e o C < er. '
TO a v v : 2 C U . c : V ' A W . A . A C o _ £
das mais informações

4. Dificuldades do Cuidador:

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

U 1 11011AA ci.A.A

F

c o c.

4.2. Qual o tipo de desgaste que esta doença pode trazer ao Cuidador?

8Co10

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

*OJ de funcioes para
empreenhem este problema*

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

6. Observações, Reflexões e Sugestões:

Obrigados pela vossa atenção

Beja 2013

Entrevista- aos Cuidadores Formais/Institucionais 5

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansao de Sao Jose:-Quinta da Navarra, encontram a nivel institucional, para dar resposta as nessecidades dos portadores de Doenc;a de Alzheimer.

1. Caracteriza ao:

1.1. Idade: 12-

1.2. Genero: It:

1.3. Habilitavoes Litenirias: JID-DL- - - - -

1.4. Func;ao desempenhada na Instituic;a Avt)\ et'oG cW flee rtec.X-t_

1.5. Quantos anos trabalha na Instituic;ao: 6'

1.6. Quanta tempo trabalho com Doentes de Alzheimer: h OY\OP

2. Conhecimento sobre a Doena de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em relac;ao à Doenya de Alzheimer?

. o.\qut\Q

2.2. Qual a sua experiencia profissional face à Doen9a de Alzheimer?

+n.c h tineA d,(IQ.c KrO-Rrffi. c) ukn.ka

q tem

q dtren Co

2.3. Quais sao os objectives que pretende alcancar, para ajudar o doente, face à func;ao que desempenha?

....AC(YLYCanc. It C!O noa jJ. o]o o dDff\ t

c "Joor.. a. (?!<me. O J> prx:"" re¹- {o

O a-no,,; O ochvv R (JSY\QCI<Jof f.n(Dd #AQ

3. Formação do Cuidador:

3.1. Qual o nível de Formação na Área?

' experiência no trabalho

3.2. Qual a sua experiência profissional na sua área de Intervenção?

13021-V.J. a:10

3.3. Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

não

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

eiMb,0 Un. a dl.ttttn co. (20 .l-e n } .des
cf ela

3.5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos cuidadores, face à Doença de Alzheimer?

T Aroop 'tmcooc

4. Dificuldades do Cuidador:

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

...> k kucOPa irwo? Ja dan (o o
não reconhecimento; perguntas
repetitivas, etc.

4.2. Qual o tipo de desgaste que esta doença pode trazer ao Cuidador?

if, cAA f au p:: "u."c.

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

ira\\-6 cQP 1-ir\\ O r () QD 1Jttv V) .

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

preparação de ma... -+e he p
e-LL\\ dk" c.Roo uentes

6. Observações, Reflexões e Sugestões:

Entrevista- aos Cuidadores Formais/Institucionais 6

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansao de Sao Jose:-Quinta da Navarra, encontram a nivel institucional, para dar resposta as nessecidades dos portadores de Doena de Alzheimer.

1. Caracteriza ao:

1.1. Idade: Uq

1.2. Genero: C

1.3. Habilitações Literárias: - } , 0 - L M ! : i) = — — — — —

1.4. Função desempenhada na Instituição: ! : C C > - . : : - - - - - ((e : : k L : : -

1.5. Quantos anos trabalha na Instituição: 6

1.6. Quanta tempo trabalho com Doentes de Alzheimer: - . 6 ... L ! - —

2. Conhecimento sobre a Doença de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em relação à Doença de Alzheimer?

< 0 " Y 4 e (L \ o ! f o > - C 2 ; V J i a a o s .
C e R - . o U e d e J L 1 d c c : n 6 ± e . C Z t ' s -
c Q S v (") . 6 (- @ G A ' O J & J t e l f .

diretamente com eles

2.3. Quais são os objectivos que pretende alcançar, para ajudar o doente, face à função que desempenha?

G ' 3 , o e " - . r 1 0 5 S c . 0 r C 0 < 2)
que eles se sintam um
pouco melhor

3. Forma ao do Cuidador:

3.1. Qual o nível de Formação na Área?

Cursos de OS-GT de G<-heioia(?,
e Am; (YJC S;C-O),

3.2. Qual a sua experiência profissional na sua área de Intervenção?

;;_ca oe;L IM :e /
rtos fomes Tschelle-
,tVD lacJ-:=,it?t'rk dP (3

3.3. Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

f/c.:o t_e as f(:n "" c c : o

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

Ar2 etc. .') ll.reco.b..) † Vc cJ E' Oc:t'S
'10v7 pu f C17c. c),Qd ; C c.;j) C- :.0JOS
r-r-l(9l tCD

3.5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos cuidadores, face à Doença de Alzheimer?

Tol(Y)o';. cf?C. ; ') r07. Q-lo.._Ci:"a
N(? SSc Óne c

4. Dificuldades do Cuidador:

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

C'2ci FM vezes Lida (C)Gn
ela

4.2. Qual o tipo de desgaste que esta doença pode trazer ao Cuidador?

yb=le Ps;· c-o i_o.;1 C <=>

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

(Je Cif200?0fo !\!c'r) GJ toCJWe,l
reburns

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

fc; ft.; de †&nf cJ .

6. Observações, Reflexões e Sugestões:

Gratos pela vossa atenção

Beja, 2013



Beja

01 BtJA



EduCa ao

Entrevista aos Cuidadores Formais/Institucionais

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansao de Sao Jose-Quinta da Navarra, encontram a nivel institucional, para dar resposta as nessecidades dos portadores de Doenc;a de Alzheimer.

1. Caracteriza ao:

- 1.1. Idade: 59
- 1.2. Genero: F
- 1.3. Habi litac;oes Literarias: Alta, equivaM
- 1.4. Func;ao desempenhada na Instituic;ao: SotLlA!&' R DO ..lib
- 1.5. Quantos anos trabalha na Instituic;ao: 5- Qvn O
- 1.6. Quanto tempo trabalho com Doentes de Alzheimer: 5- Qvn O

2. Conhecimento sobre a Doenc;a de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em relac;ao à Doenc;a de Alzheimer?

rfhu an a.

2.2. Qual a sua experiencia profissional face à Doenc;a de Alzheimer?

Sa¹ .fi4o d!A YrwU A¹;-;

2.3. Quais sao os objectives que pretende alcanc;ar, para ajudar o doente, face à fun<;io que desemp nha?

(04 f ae:11m-a. , JJ.m t. f) ajuda

3. **Formação do Cuidador:**

3.1. Qual o nível de Formação na Área?

0/71 mt.(;t,ftloth

3.2. Qual a sua experiência profissional na sua área de Intervenção?

Rio tilil.o -b o. k&u..do m0, (mi!Sftn. a,

3.3. Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

cfPo cJ,v.. mJla _}. cf (l?a ,bnl2 Lh>0e"--o,

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

NaD&. 02 tYV; (})a _o

3.5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos cuidadores, face à Doença de Alzheimer?

T.M. Iu)JJ j? o--<" ee. an a<4 de #17/1)?7 e.. 1a... c..-

4. Dificuldades do Cuidador:

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

Ja-; Ai4D dtg; ra Odruh

4.2. Qual o tipo de desgaste que esta doença pode trazer ao Cuidador?

tg- Ai Po 0 duo8kl.-!!:t J, fh Wfo.

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

:Go f01AfCYA ,0n}-VlfseJac<() para o senão
que e

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

J"9Q 47()^\A.,t:a po ro.JlaQA ,hfir

6. Observações, Reflexões e Sugestões:

Gratos pela vossa atenção

Beja, 2013

Entrevista aos Cuidadores Formais/Institucionais 8

Esta entrevista destina-se, ao levantamento de dados, relative as necessidades formativas que os especialistas e os cuidadores da Mansao de Sao Jose:-Quinta da Navarra, encontram a nivel institucional, para dar resposta as nessecidades dos portadores de Doens:a de Alzheimer.

1. Caracterizaf,:ao:

1.1. Idade: ??

1.2. Genera: femgp DO

1.3.Habilitas:oesLiterarias: gC:..ODO C11 ooc C b)

1.4. Funs:ao desempenhada na Instituiyao: f>Lt.'X'.tl\GA. ?"R G!So..o 1\QT

1.5. Quantos anos trabalha na Instituiyao: b

1.6. Quante tempo trabalho com Doentes de Alzheimer: b

2. Conhecimento sobt:e a Doena de Alzheimer:

2.1. Qual o conhecimento que possui em relayao a Doen9a de Alzheimer?

('). -eQot\5)X'-rQe c) Io OdE)t .'-1-1) no !o Fir C.c... <Y .
CV o (A{ \$ QC

2.2. Qual a sua experiencia profissional face a Doens:a de Alzheimer?

NQ oh..t.q'Y)cA, A'{22 -cQ./J e oo)v1'A'f(\)riTo
o.dc;(A AY\ J.d. o.s f"\Cl -,osVctt k. CC:-C

2.3. Quais sao os objectives que pretende alcanyar, para ajudar o doente, face a funs:ao que desempenha?

@Eilc\o G\looSctC\ Tt:doos c)\cJ--2-e }\ vbS
Sue consegue.

3. Formação do Cuidador:

3.1. Qual o nível de Formação na Área?

f01nhJ.AruQ

atuei na instituição ao longo
de 6 anos.

3.3. Possui algum tipo de formação especializada na Doença de Alzheimer?

Não

3.4. Quais as maiores necessidades formativas que sente na sua prática?

L)Q_W\o.mos TE.fv m0 1S ..c>-0\DQvepc)
sobre algumas Doenças.

3.5. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade formativa dos cuidadores, face à Doença de Alzheimer?

!1: } . ! nIJ
So9\~R CA DoQne.C/2

4. Dificuldades do Cuidador:

4.1. Quais são as maiores dificuldades que sente em relação à Doença de Alzheimer?

S V...9Dj.D oc< c/ Sc.,(?S?A ecmd (.tdCl.A
€.m C' 2ATc<=> e. c_g_lE..nro)node ut\ '1
bo. c: _o _ofuz .

4.2. Qual o tipo de desgaste que esta doença pode trazer ao Cuidador?

M.tJ.ITas \0¥> S1£ nv cfJo.L

5. Ambiente Institucional:

5.1. Quais os principais problemas que identifica nesta Instituição?

pi1CJ tnCJ2 5...>0 a n·nJo' 'rg MO.±E:\A\oL

5.2. Para si, quais são as maiores necessidades que encontra a nível institucional?

o... rn·Am \ Tt ctf()aS Tf.D XY)cu
mG±e.1A1 Ql t.o ry)Ck,;-)(A\h o XXU_cJ (b
S,u cvlic.V\ S { :r2&::\dC)S .

6. Observações, Reflexões e Sugestões:

nenhuma

A escalade Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador formal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Cotaio dos Itens: (1a 5)

Ntmca: 1

Quase ntmca 2

Asvezes: 3

Muitas vezes: 4

Quase sempre: 5

Resultado Inferior a 46: Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 :Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 :Sobrecarga intensa

A escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador formal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique qual que melhor se aplica ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

No	Item	Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o utente solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu utente já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu utente e ainda tem outras tarefas para fazer?	X				
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu utente?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu utente?	X				
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu utente?		X			
8	Considera que o seu utente está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto ao seu utente?	X				
10	Ve a sua saúde afectada por ter de cuidar do seu utente?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu trabalho?	X				
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar de Doentes de Alzheimer?					
13	Sente-se pouco à vontade em conviver com os Doentes de Alzheimer?	X				
14	Acredita que o seu utente espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de formação suficiente, na área do Alzheimer, para cuidar do seu utente?				X	

= 31

(escala de Sobrecarga do cuidador)

A escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador formal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

No	Item	Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o utente solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu utente já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu utente e ainda tem outras tarefas para fazer?					X
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu utente?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu utente?	X				
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?				X	
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu utente?					
8	Considera que o seu utente está dependente de si?				X	
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto ao seu utente?		X			
10	Ve a sua saúde afectada por ter de cuidar do seu utente?	X				
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu trabalho?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar de Doentes de Alzheimer?					
13	Sente-se pouco a vontade em conviver com os Doentes de Alzheimer?	X				
14	Acredita que o seu utente espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	X			X	
15	Considera que não dispõe de forma adequada suficiente, na área do Alzheimer, para cuidar do seu utente?				X	

A escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjectiva do cuidador formal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

No	Item	Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o utente solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu utente já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu utente e ainda tem outras tarefas para fazer?			X		
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu utente?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu utente?	X				
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu utente?			X		
8	Considera que o seu utente está dependente de si?				X	
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto ao seu utente?	X				
10	Vê a sua saúde afectada por ter de cuidar do seu utente?	X				
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu trabalho?		X			
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar de Doentes de Alzheimer?	X				
13	Sente-se pouco a vontade em conviver com os Doentes de Alzheimer?	X				
14	Acredita que o seu utente espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?			X		
15	Considera que não dispõe de formação suficiente, na área do Alzheimer, para cuidar do seu utente?				X	

A escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador formal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

No	Item	Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o utente solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu utente já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	X				
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu utente e ainda tem outras tarefas para fazer?		X			
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu utente?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu utente?	X				
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu utente?				X	
8	Considera que o seu utente está dependente de si?			X		
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto ao seu utente?	X				
10	Ve a sua saúde afectada por ter de cuidar do seu utente?		X			
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu trabalho?	X				
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar de Doentes de Alzheimer?	X				
13	Sente-se pouco a vontade em conviver com os Doentes de Alzheimer?	X				
14	Acredita que o seu utente espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de forma suficiente, na área do Alzheimer, para cuidar do seu utente?				X	

= 30
(sem sobrecarga)

A escala de Zarit É uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador formal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

No	Item	Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o utente solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu utente já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			X		
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu utente e ainda tem outras tarefas para fazer?			X		
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu utente?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu utente?		X			
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu utente?			X		
8	Considera que o seu utente está dependente de si?				X	
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto ao seu utente?			X		
10	Ve a sua saúde afectada por ter de cuidar do seu utente?	X				
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu trabalho?	X				
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar de Doentes de Alzheimer?					
13	Sente-se pouco à vontade em conviver com os Doentes de Alzheimer?	X				
14	Acredita que o seu utente espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?		X			
15	Considera que não dispõe de forma suficiente, na área do Alzheimer, para cuidar do seu utente?		X			

= 31
(sem sobrecarga)

A escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador formal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Nº	Item	Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o utente solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					X
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu utente já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			X		
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu utente e ainda tem outras tarefas para fazer?		X			
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu utente?		X			
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu utente?		X			
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?		X	>(
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu utente?					
8	Considera que o seu utente está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto ao seu utente?		>(
10	Ve a sua saúde afectada por ter de cuidar do seu utente?	X				
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu trabalho?)\			
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar de Doentes de Alzheimer?)'				
13	Sente-se pouco a vontade em conviver com os Doentes de Alzheimer?		X			
14	Acredita que o seu utente espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de forma suficiente, na área do Alzheimer, para cuidar do seu utente?			X		

= 38
(sem sobrecarga)

A escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador formal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

No	Item	Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o utente solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?				X	
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu utente já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?)(
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu utente e ainda tem outras tarefas para fazer?			X		
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu utente?			X		
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu utente?	><				
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	y				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu utente?)(
8	Considera que o seu utente está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto ao seu utente?	X				
10	Ve a sua saúde afectada por ter de cuidar do seu utente?)(
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu trabalho?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar de Doentes de Alzheimer?			'<		
13	Sente-se pouco à vontade em conviver com os Doentes de Alzheimer?		X			
14	Acredita que o seu utente espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?				X	
15	Considera que não dispõe de formação suficiente, na área do Alzheimer, para cuidar do seu utente?)(

= 39
(sem sobrecarga)

A escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador formal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

No	Item	Nunca	Quase Nunca	As Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o utente solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					X
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu utente já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?				X	
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu utente e ainda tem outras tarefas para fazer?				X	
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu utente?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu utente?	X				
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/famíliares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu utente?			X		
8	Considera que o seu utente está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto ao seu utente?	X				
10	Ve a sua saúde afectada por ter de cuidar do seu utente?	X				
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu trabalho?		X			
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar de Doentes de Alzheimer?	X				
13	Sente-se pouco a vontade em conviver com os Doentes de Alzheimer?			X		
14	Acredita que o seu utente espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de formação suficiente, na área do Alzheimer, para cuidar do seu utente?				X	